

## Avaliação da qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento hemodialítico

### Evaluation of the quality of life of women submitted to hemodialysis treatment

Pablo Luiz Santos Couto, Gislane Silva Oliveira, Diogo Pereira Souza, Elionara Teixeira Boa Sorte, Mirian Santos Paiva, Antônio Marcos Tosoli Gomes

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento hemodialítico. **Método:** estudo quantitativo descritivo e transversal, realizado com 51 mulheres em tratamento de hemodiálise assistidas em um hospital do Nordeste do Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se o questionário KDQOL – SF36. Foi realizada a análise estatística descritiva e o cálculo de escore do questionário. Procedeu-se os testes da ANOVA e o t de Tukey. **Resultados:** os domínios que mais comprometeram a qualidade de vida, e, portanto, apresentaram grandes limitações, foram desempenho/problemas físicos (M=95,4) e problemas emocionais (M=96,5), ambos tiveram desvio padrão menor que 1. Contudo, os domínios saúde mental (M=2,1/DP=1,5), vitalidade (M=7,0/DP=3,0) e percepção geral de saúde (M=9,5/DP=3,3) pouco interferiram na qualidade de vida das mulheres. **Conclusão:** Conclui-se que as mulheres em tratamento hemodialítico apresentam comprometimento da qualidade de vida com limitações nos domínios desempenho/problemas físicos e nos problemas emocionais.

**Descritores:** Nefropatias. Diálise Renal. Qualidade de Vida. Saúde da Mulher.

#### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the quality of life of women undergoing hemodialysis. **Method:** descriptive and cross-sectional quantitative study of 51 women undergoing hemodialysis treatment attended at a hospital in Northeast Brazil. Data were collected using the KDQOL-SF36 questionnaire. The descriptive statistical analysis and the calculation of the questionnaire score were performed. The ANOVA and t Tukey tests were performed. **Results:** The domains that most compromised quality of life and therefore presented major limitations, were physical performance/ problems (M = 95.4) and emotional problems (M = 96.5), both had a standard deviation less than 1 (M = 2.1 / SD = 1.5), vitality (M = 7.0 / SD = 3.0) and general health perception (M = 9.5 / SD = 3.3) little interfered in the quality of life of women. **Conclusion:** It is concluded that women undergoing hemodialysis have impairment of quality of life with limitations in physical performance / problems and emotional problems.

**Descriptors:** Kidney Diseases . Renal dialysis. Quality of life. Women's Health.

#### Como citar este artigo:

Couto, PLS; Oliveira, GS; Souza, DP; Teixeira, EBS; Paiva, MS; Gomes, AMT; Avaliação da qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento hemodialítico. Revista Saúde (Sta. Maria). 2018; 44 (3).

#### Autores:

Pablo Luiz Santos Couto - Enfermeiro, Mestre, Professor, Faculdade Guanambi. Email: pablocouto0710@gmail.com.  
Gislane Silva Oliveira - Graduada em Enfermagem. Docente do Colegiado de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Guanambi. Email: gislane-lane@hotmail.com.  
Diogo Pereira Souza - Graduada em Enfermagem. Docente do Colegiado de Enfermagem do Centro de Ensino Superior de Guanambi. Email: dioghosousa@hotmail.com.  
Elionara Teixeira Boa Sorte - Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado da Bahia. Email : naratbsorte@gmail.com  
Mirian Santos Paiva - Enfermeira, Doutora, Professora, Universidade Federal da Bahia. Email: paivamirian@hotmail.com.  
Antônio Marcos Tosoli Gomes - Enfermeiro, Doutor, Professor, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Email: mtosoli@gmail.com.

#### Data de Submissão:

28/07/2017

#### Data de aceite:

19/06/2018

**Conflito de Interesse:** Não há conflito de interesse



## INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve o contexto social, político e cultural de cada indivíduo, o que reflete no perfil de morbimortalidade do século atual, uma vez que as mudanças nos hábitos da vida têm aumentado as taxas de incidência de diversas doenças crônico-degenerativas, e com isso estimulado a análise da qualidade de vida das pessoas<sup>1</sup>.

Essa mudança no perfil epidemiológico brasileiro influencia na assistência à saúde da população, e as doenças crônicas podem afetar vários aspectos da vida das pessoas, como o social, psicológico e de saúde em geral, que é diferente para homens e mulheres<sup>2</sup>.

O número de pessoas que realizavam hemodiálise no país chegou a aproximadamente 92 mil no ano de 2010. O país em dez anos registrou um aumento de 38% na taxa de morte de doentes renais crônicos<sup>3</sup>. O Censo 2012 mostrou que foram 97.586 pessoas em tratamento hemodialítico no Brasil e 112.004 pacientes no ano de 2014, ainda que os homens sejam numericamente mais acometidos que as mulheres, a incidência entre elas está elevando significativamente<sup>4-5</sup>, com prevalência de 42,17 casos para 1000 habitantes do sexo feminino e cerca de 3% das pacientes em idade fértil<sup>4,6</sup>.

Nos últimos anos houve uma piora nas condições de saúde da população num contexto geral, na qual a doença renal crônica (DRC) tem acometido grande parcela da população, e provocado graves consequências na qualidade de vida, inclusive quando este é submetido a um tratamento<sup>1,3</sup>. No Brasil, o número de pessoas com DRC em tratamento dialítico tem aumentado progressivamente, afetando a qualidade de vida e sobrevivência para população<sup>7</sup>.

Após a confirmação da DRC é necessário que as pessoas se submetam a algum tratamento de substituição renal, como a diálise peritoneal, o transplante renal e a hemodiálise (HD), esta última é a forma de mais utilizada, por isso ela deve aderir à terapia para que tenha melhores condições de vida e seja possível prevenir as complicações subjacentes<sup>8,9</sup>.

Sobre a qualidade de vida no grupo que faz tratamento hemodialítico, deve-se observar correlações da idade com o sexo e a capacidade funcional, devido aos aspectos físicos, dor e vitalidade dessas pessoas sujeitas a esse tratamento substitutivo, faz-se necessário conhecer as estratégias de adesão ao tratamento de HD<sup>10,11</sup>.

Com vistas na manutenção da Qualidade de Vida, torna-se essencial o papel do enfermeiro na busca de soluções para minimizar os agravos decorrentes da DRC como os problemas psicossociais instalados após o início do tratamento, sobretudo com a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e, conseqüentemente, na delimitação dos Diagnósticos de Enfermagem e implementação dos cuidados, dentro de todo o Processo do Cuidar em Enfermagem<sup>12,13</sup>.

A relação enfermeiro/paciente deve ser estabelecida na implementação da SAE, no intuito de auxiliá-lo a aceitar o seu novo estilo de vida e as mudanças imprimidas com o tratamento, bem como possibilitar a melhoria nos domínios que caracterizam a QV da mulher com DRC. A paciente com insuficiência renal crônica requer um cuidado de enfermagem com qualidade para evitar as complicações da função renal reduzida, o isolamento social, baixa auto-estima, não aceitação de si e do seu corpo adoecido, os estresses e ansiedades de lidar com a doença<sup>12,14</sup>.

A busca de artigos nas bases de dados evidenciou que não há muitos estudos com foco na prevalência seja da

---

doença ou da qualidade de vida de pessoas do sexo feminino em tratamento hemodialítico. Apesar do número de DRC ser maior em homens, as mulheres compõem um grupo que sofre inúmeras consequências advindas dessa doença. Nesta perspectiva, este estudo objetivou caracterizar as mulheres em tratamento hemodialítico e avaliar a qualidade de vida destas mulheres.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, o qual tem o foco na descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis. As participantes do estudo foram mulheres portadoras de Doença Renal Crônica, maiores que 18 anos e que estavam em tratamento hemodialítico no Hospital do Rim de Guanambi- BA.

O hospital oferece serviço de Terapia Renal Substitutiva (HD), atendendo aproximadamente 21 cidades da microrregião, que compõe a região de saúde do Sertão Produtivo Baiano, com sede no Município de Guanambi-BA no Nordeste do Brasil. O hospital atendia, no momento da pesquisa, 196 pacientes de ambos os sexos. Contabilizava-se o total de 64 pacientes do sexo feminino que aderiam aos critérios de inclusão: ter a doença renal crônica; estar em tratamento hemodialítico; ser do sexo feminino; ter idade igual ou superior a 18 anos. Contudo, 13 participantes foram excluídas, pois apresentaram dificuldade de compreensão das perguntas e problemas emocionais e físicos. Portanto, participaram 51 mulheres.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2017, nos turnos que elas realizavam a diálise. Salienta-se que o atendimento no hospital é distribuído nos três turnos de serviço: manhã, tarde e noite. O usuário do serviço realiza o tratamento dialítico três dias na semana: segunda, quarta e sexta ou terça, quinta e sábado.

Para produção de dados foi utilizada a versão brasileira do questionário de Qualidade de Vida SF36, que avalia a qualidade de vida do indivíduo com base em 36 questões, divididas em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos sociais, limitação por aspectos físicos, aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade, dor, estado geral da saúde<sup>15</sup>. Geralmente o questionário SF36 é avaliado por meio de um escore que varia de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo de 100, melhor será a avaliação do item. Contudo, as informações coletadas, também foram organizadas e processadas pelo software Microsoft Excel 2010®, o qual emitiu um gráfico e duas tabelas. O gráfico apresenta os valores dos domínios, a partir do grau de comprometimento, em que quanto maior o valor numérico no gráfico maior o comprometimento da qualidade de vida e quanto menor o resultado dos scores menor o comprometimento. Por sua vez, as duas tabelas, uma foi referente às características sócio-demográficas e possibilita a análise mediante a frequência simples (medidas absolutas e relativas); a outra, referente à avaliação da Qualidade de Vida, também conforme os resultados dos domínios, que permite a análise estatística descritiva de tendência central e dispersão dos domínios a partir dos valores mínimos e máximos, cálculos de média, mediana e desvio padrão.

Os resultados dos domínios (a partir da tendência central e dispersão dos domínios, do cálculo de escore) que possibilitam avaliar a qualidade de vida, foram submetidos ao Teste de análise de variância (ANOVA) no intuito de teste os valores médios finais, entender a dimensão dos dados e qual a variabilidade de cada tratamento e informar se houve um tratamento discrepante entre os demais métodos. Por fim, após a aplicação da ANOVA, os resultados foram submetidos ao Teste T de Tukey para julgar se as médias, tomadas duas a duas, são iguais ou não, a partir da diferença

mínima significativa. Adotou-se como nível de significância para a amostra de 5% (00,5), em decorrência da aplicação dos critérios de exclusão. Ressalta-se que os teste foram realizados também com o auxílio do software Microsoft Excel 2010®

Este estudo atendeu aos princípios éticos do Conselho Nacional de Saúde descritos na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi aprovada e autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Guanambi, através da Plataforma Brasil, com número de protocolo 2078315/2017.

## RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados sócios demográficos para a caracterização das mulheres que contribuíram com o estudo. Do total de mulheres que participaram da pesquisa, a maioria se encontrou dentro da faixa etária de 18 a 55 anos (56,9%), superior àquelas com mais de 55 anos (43,1%). Acerca do estado civil, pode-se observar que a diferença entre as que convivam se o companheiro (52,9%) para as que vivem com eles (47,1%) foi mínima.

Tabela 1: Caracterização da população estudada segundo variáveis sócio demográficas. Maio de 2017. Guanambi, Bahia, Brasil.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18 – 55 anos	29	56,9
>55 anos	22	43,1
Estado Civil		
Sem companheiro	27	52,9
Com companheiro	24	47,1
Anos de Estudos		
Até 8 anos	50	98,0
Mais de 8 anos	01	2,0
Renda		
Até 1 salario	45	88,2
Mais de 1 salario	06	11,8
Raça		
Não negra (branca)	08	15,7
Negra	43	84,3
Ocupação		
Não ativa	44	86,3
Ativa	07	13,7
Uso de bebida alcoólica		
Não	45	88,2
Sim	06	11,8
Uso de fumo		
Não	48	94,1
Sim	03	5,9
Atividade Física		

---

Não	42	82,4
Sim	09	17,6

---

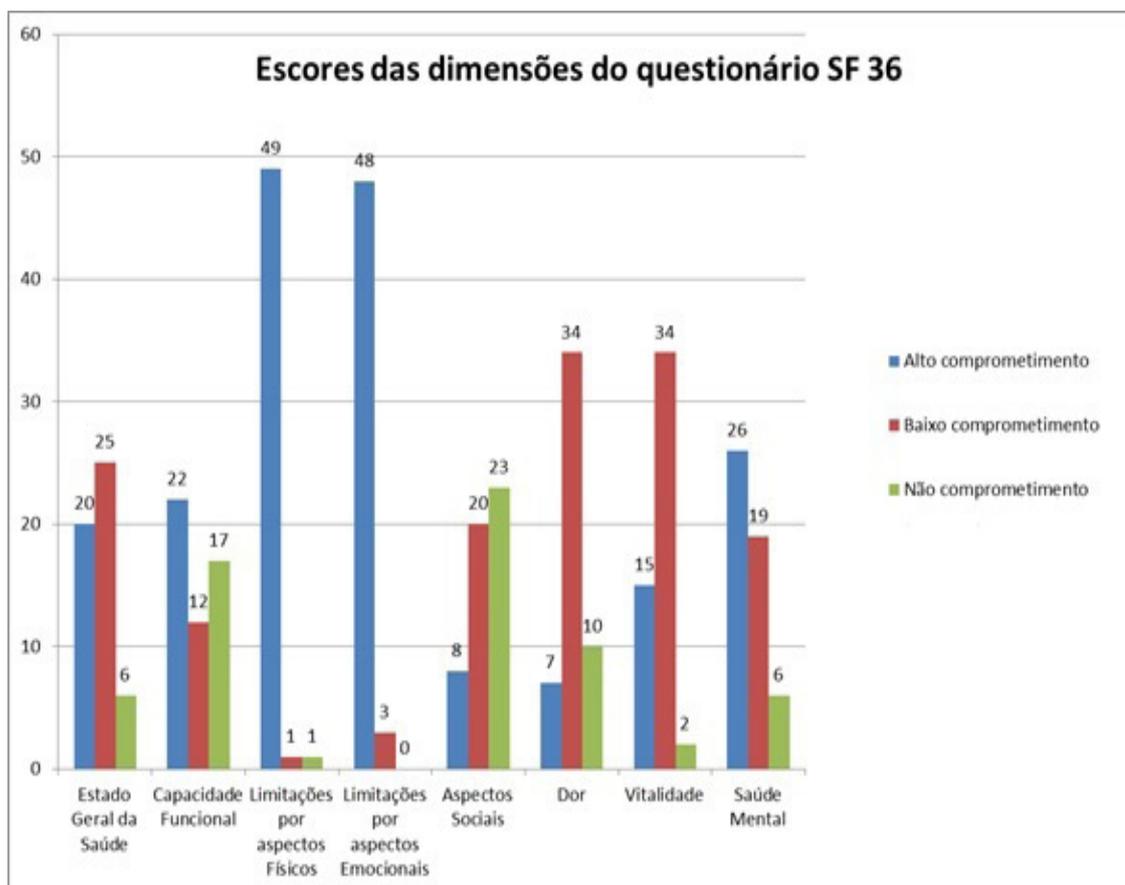
Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o nível de escolaridade, especificamente sobre o período em anos que elas estudaram, a grande maioria passou no máximo 08 anos estudando (98%), o que denota um baixo nível de escolaridade. É perceptível também que há uma quantidade significativa de mulheres com uma baixa renda, pois 88,2% possuía renda igual ou menor a um salário mínimo. No que tange a raça/cor autodeclara, houve uma diferença estatisticamente elevada entre as mulheres negras (84,3%) e as brancas (15,7%). Quanto à ocupação 86,3% não estão ativas, configurando a maior parte da amostra, e, 13,7% estão ativas. Tais itens são indicadores/marcadores de vulnerabilidade social, contribuem para que elas sejam vulneráveis à DRC e ao tratamento diálítico, portanto interfere negativamente na qualidade de vida.

Três itens, que contribuíram para a caracterização sócio demográfica das mulheres, têm relação com os hábitos saudáveis de vida e consequentemente para a qualidade de vida. Dessa forma, tanto na ingestão de bebidas alcoólicas quanto no uso do fumo, a maioria (88,2% e 94,1%, respectivamente) não faz o uso dessas substâncias. Isso demonstra que grande parte delas tem consciência do agravo que vivenciam.

A Figura 1 e a Tabela 2 apresentam os resultados acerca da Qualidade de Vida das mulheres hemodiálíticas, a primeira com a apresentação do cálculo de scores dos domínios levantados no SF-36 e a segunda, trata-se da análise estatística dos domínios conforme as médias ( $m=$ ) e o desvio-padrão ( $DP=$ ), a partir dos resultados dos escores. Assim, as duas análises convergem para resultados equivalentes, o que demonstra fidedignidade estatística.

Figura 1 – Gráfico com a apresentação dos resultados segundo o cálculo de scores do SF-36. Maio de 2017. Guanambi, Bahia, Brasil.



Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 – Avaliação da qualidade de vida segundo os domínios do SF-36. Maio de 2017. Guanambi, Bahia, Brasil.

Domínios	Média	Desvio-padrão	Mínima	Mediana	Máxima
Capacidade funcional	29,5	6,0	20	29,0	40
Desempenho/problemas físicos	95,4	0,8	93	96,0	96
Dor	12,7	1,2	11	13,0	15
Percepção geral da saúde	9,5	3,3	02	9,6	17
Vitalidade	7,0	3,0	01	7,0	14
Funcionalidade social	17,7	1,4	14	18,0	21
Problemas emocionais	96,5	0,8	94	97,0	97
Saúde mental	2,1	1,5	0	2,0	06

Fonte: Dados da pesquisa.

Com o detalhamento dos domínios e a comparação dos resultados entre o gráfico e tabela, constatou-se em percentuais que as maiores perdas de qualidade de vida ocorreram nos domínios desempenho/problemas físicos  $m=95,4$  ( $DP=0,8$ ) e problemas emocionais com  $m=96,5$  ( $DP=0,8$ ), nos quais se constatam os maiores comprometimentos e as maiores médias, respectivamente, observando quase uma predominância na amostra.

Por sua vez, os domínios que pouco interferiram ou contribuíram para o baixo comprometimento da qualidade

de vida foram de saúde mental, com média de 2,1 (DP= 1,5), vitalidade com média de 7,0 (DP=3,0) e percepção geral da saúde com média de 9,5 (DP=3,3), este último apresentou um desvio padrão um pouco acima do ponto de corte ideal para o estudo, que foi 3.

A ANOVA resultou em um F (=0,215144) menor que F crítico (3,4668), o que revela a hipótese de que os tratamentos de análises adotados para a avaliar a Qualidade de Vida (QV) são semelhantes em todos os grupos de dados, como visualizado na Tabela 3. Esse resultado revela que os dados estão coerentes, ou seja, ambos os testes adotados para avaliar a QV são estatisticamente fidedignos e significantes. Também, na sequência pode-se visualizar a na Tabela 4 os resultados do teste t de Tukey.

Tabela 3: Resultado do Teste da Anova: fator único. Maio de 2017. Guanambi, Bahia, Brasil.

Grupo	Contagem	Soma	Média	Variância
Média	8	270,4	33,8	1537,483
Escores	8	195	24,375	264,2679
Mediana	8	271,6	33,95	1554,763

#### ANOVA

Fonte da variação	SQ	gl	MQ	F	valor-P	F crítico
Entre grupos	481,4233	2	240,7117	0,215144	0,80818	3,4668
Dentro dos grupos	23495,6	21	1118,838			
Total	23977,02	23				

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4: Teste-tTukey: duas amostras presumindo variâncias diferentes. Maio de 2017. Guanambi, Bahia, Brasil.

	Média	Escores
Média	33,8	24,375
Variância	1537,483	264,267
Observações	8	8
Hipótese da diferença de média	0	
gl	9	
Stat t	0,628028	
P(T<=t) uni-caudal	0,272795	
t crítico uni-caudal	1,833113	
P(T<=t) bi-caudal	0,54559	
t crítico bi-caudal	2,262157	

Fonte: Dados da pesquisa.

Uma vez que, os valores entre o cálculo de média e mediana são estatisticamente semelhantes, procedeu-se com o teste t-Tukey, tomando os valores do cálculo de média e do cálculo de escore. Assim, o Stat t (0,628027) tem valor maior que o nível de significância de 5%(0,05), ou seja, não há diferença estatística para os resultados da avaliação da qualidade de vida entre os domínios verificados.

## DISCUSSÃO

O estudo realizado no Paraná, especificamente no município de Maringá e região metropolitana mostrou que com o aumento da expectativa de vida, o tratamento dialítico tende a acompanhar o crescimento contínuo de idosos na população. Sendo assim, houve uma maior prevalência de mulheres portadoras de DRC na faixa etária de 60 anos ou mais (população idosa feminina), valores cerca de 11,6 vezes maiores que no grupo etário de menores de 30 anos de idade<sup>16</sup>. Resultado que difere do estudo em questão, que apresenta um maior número de mulheres de meia idade e, de um modo geral, na faixa etária de 18 a 55 anos.

O estado civil foi pontuado em um estudo realizado na Zona da Mata Mineira, no qual mulheres em diálise apresentaram dificuldades sociais, psicológicas e de relacionamentos<sup>4</sup>. Em pesquisa realizada em São Carlos no estado de São Paulo, com ambos os sexos, o número de mulheres divorciadas, viúvas e sozinhas foi maior do que o de homens<sup>5</sup>.

Quanto às variáveis socioeconômicas, de um modo geral, os portadores de DRC têm baixa escolaridade e o ensino fundamental incompleto, além de baixa renda familiar per capita inferior a dois salários mínimos<sup>1</sup>, fatores estes também observados em outros três estudos<sup>5,7,17</sup>, o que corrobora com os achados entre as mulheres portadoras de DRC.

Ainda sobre a baixa escolaridade e a renda per capita, o estudo realizado com 222 paciente em tratamento dialítico, mostrou que mais de 40,5% dos pacientes, homens ou mulheres, não chegaram a concluir o ensino fundamental, que 6,8% eram analfabetos, e a maioria tinham trabalho formal remunerado com renda de até um salário mínimo<sup>18,19</sup>.

Sobre o item raça/cor, estudos apontam que a morbimortalidade em decorrência a doenças crônicas, é maior entre pessoas negras<sup>20</sup>. No Brasil, os estudos sobre as desigualdades em saúde constataam que a população negra, em comparação às brancas, sofrem diversas desvantagens sociais, especialmente no que se refere a acessibilidade e o uso aos serviços de saúde<sup>21</sup>.

Em relação aos hábitos de vida das mulheres, foi destacado que elas apresentaram comprometimento apenas para a disponibilidade em realizar atividade física, devido a falta de energia, fadiga, sensação de desânimo que conforma o quadro clínico da DRC<sup>11</sup>.

Salienta-se, que fatores como atividades físicas e de lazer promovem maior socialização da mulher, tornando-a ativa, auxiliando-a na percepção do controle e diminuição de sintomas depressivos, e interferindo positivamente na saúde mental e física. A inexistência ou limitação para o lazer ou atividade física é um agravo que ocasiona o comprometimento da capacidade funcional do indivíduo<sup>22</sup>.

No que se refere à percepção da qualidade de vida, é possível avaliar os níveis desfavoráveis, assim como sentimentos negativos. A DRC interfere no desempenho físico e profissional das pessoas, levando a um impacto negativo

---

no auto relato da própria saúde, o que pode limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental<sup>11</sup>.

No estudo desenvolvido na Zona da Mata Mineira no ano de 2013, com mulheres em tratamento hemodialítico acerca do seu cotidiano de enfrentamento da doença, verificou-se que os sentimentos de angústia e medo permearam suas vidas, por conviverem com a ideia de interrupção das atividades profissionais<sup>4</sup>. Isto corrobora com o fato das mulheres do presente estudo que apresentaram alto comprometimento desempenho/problemas físicos.

A qualidade de vida de pacientes renais crônicos, como demonstrado no estudo de que ocorreu na região metropolitana de Curitiba, é bastante comprometida, onde observou-se que não só aspectos físicos mereceram maior atenção, uma vez que essas repercussões são ocasionadas nos contextos físicos e mental, e geram inúmeras alterações crônicas de humor, levando-as a transtornos que decorrem da resposta negativa frente a uma perda ou limitação<sup>11</sup>. Em outro estudo foi evidenciado mostrou que os níveis de depressão do DRC foram relativamente alto, atingindo a 57% dos indivíduos<sup>23</sup>.

Verifica-se em alguns estudos, que além dos domínios do SF-36, outros fatores levam ao comprometimento da qualidade de vida, tais como menor nível educacional e do analfabetismo entre mulheres, interferem nas condições vida, relacionais e sociais, o que pode contribuir para o surgimento de sentimentos negativos e, conseqüente, para problemas emocionais e limitações para adaptações das atividades no cotidiano frente aos problemas impostos pela DRC<sup>7,23</sup>.

Neste estudo em específico, as mulheres submetidas ao tratamento hemodialítico mesmo que tenham tido comprometimento nas questões da esfera emocional, a saúde mental pouco interferiu na qualidade de vida, o que destoa de outro estudo realizado no Chile, em que o componente mental fora afetado quando associado à condição da mulher em não estar-acompanhada ou casada ou simplesmente pela limitação das atividades de rotina<sup>25</sup>.

Em Madri na Espanha, por exemplo, na pesquisa desenvolvida em um hospital universitário, sobre fatores psicossociais que interferem no tratamento hemodialítico, como depressão, ansiedade, apoio social e deterioração cognitiva, notaram-se que as mulheres possuíam níveis estatisticamente significativos para a ansiedade quando comparada aos homens, com tendência maior para a depressão, ainda que elas tenham vínculo familiar forte ou vivenciam o matrimônio<sup>26</sup>.

Isto difere também dos resultados até aqui apresentados, uma vez que as mulheres, em sua maioria eram solteiras, e mesmo assim, podem ter focado em outras prioridades na vida, como a recuperação do bem-estar e a diminuição dos sintomas da doença, que as levaram a ter uma boa saúde mental.

No que tange aos domínios, vitalidade e percepção geral da saúde, com menor média, sugere-se que pouco comprometem a qualidade de vida das mulheres submetidas à hemodiálise, como fora perceptível em pesquisa realizada em Porto Alegre-RS, a qual apontou que a vivência do paciente em tratamento hemodialítico não se mostraram tão insatisfeitos em relação ao tratamento<sup>27</sup>.

Ainda que nesta pesquisa, o domínio percepção geral da saúde tenha apresentado média estatística para baixo comprometimento da qualidade de vida, alguns estudos apontam o contrário, geralmente a percepção geral da saúde é atingida, em decorrência do contexto do tratamento ou da relação às manifestações de sinais e sintomas físicos<sup>7,28,29</sup>.

No estudo sobre a relação da falta de sono e comprometimento da qualidade de vida desenvolvido na China, na província de Guangdong, realizado no ano de 2015 com 301 pacientes com DRC, de ambos os sexos, notou-se também

comprometimento dos domínios vitalidade (59,67%), porém, o domínio percepção geral de saúde, não comprometeu a qualidade de vida (37,30%)<sup>28</sup>. Perceptível também em outra pesquisa, realizada em Singapura sobre a associação da anemia com a qualidade de vida em pacientes asiáticos renais crônicos<sup>29</sup>. Este último dado corrobora como os achados nas mulheres desta pesquisa.

É sabido que as mulheres em praticamente todas as populações costumam referir melhor avaliação do próprio estado de saúde e maior frequência de morbidade do que os homens. Em alguns estudos já realizados, quando comparados o comprometimento da qualidade de vida, bem como o efeito da doença entre homens e mulheres com doença renal crônica, verificou-se que eles são mais propensos às consequências que elas como o surgimento de mais sintomas e dependência<sup>5,25,29</sup>.

Tais sintomas e dependências apresentados até aqui, assim como o comprometimento nos domínios que caracterizam a qualidade de vida da mulher com DRC em tratamento hemodialítico, configuram-se em problemas que a enfermagem deve se atentar dentro de seu processo de trabalho para a implementação da SAE<sup>13,30</sup>. Os problemas apresentados por elas como físicos (que interferem na auto-imagem) isolamento social e problemas emocionais interferem nos domínios de sexualidade, bem estar e nos que retratam os sistemas fisiológicos do corpo humano<sup>12,30</sup>.

Assim, ao delimitar os Diagnósticos de Enfermagem, planejar os resultados e implementar os cuidados, a enfermeira deverá se atentar que para implementar a SAE ela terá que levar em conta os aspectos subjetivos que interferem na qualidade de vida das mulheres desse estudo e compreender que para a evolução positiva delas, é fundamental que o profissional dimensione o cuidado para além das paredes hospitalares, para o auto cuidado, o âmbito familiar e os relacionamentos afetivos<sup>12,13,14</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados levam a concluir que os domínios que revelaram maior média e menor desvio padrão foram o desempenho/problemas físicos e os problemas emocionais, os quais refletiram negativamente no bem estar diário e na qualidade de vida delas. Quanto aos domínios saúde mental, vitalidade e percepção geral de saúde, apresentaram menor média e desvio padrão relativamente mínimo, e com isso, tiveram pouca relação no comprometimento da qualidade de vida das mulheres em tratamento hemodialítico.

Certamente, já ocorreram avanços significativos no conhecimento sobre o tratamento ao doente renal, e a evolução futura do campo da saúde em geral, dependerá da melhor compreensão da mulher que convive com uma doença crônica e da busca por alternativas de tratamento que tenham menor impacto no cotidiano delas, sobretudo na qualidade de vida, visto que o número de portadoras de DRC aumenta a cada ano em todo o Brasil e no mundo.

Este estudo teve sua limitação no quantitativo de mulheres, por ter ocorrido em uma microrregião de saúde no Nordeste do Brasil, contudo, é possível fazer generalizações, uma vez que as mulheres e as pessoas em geral têm perfis e condições de vida distintas, que variam conforme a cultura e a localidade. A relevância está no fato de que alguns domínios, que interferiram ou contribuíram para a qualidade de vida, fossem distintos de outros estudos que ocorreram em outras localidades do território brasileiro e do mundo, revelando as singularidades e necessidades de saúde das mulheres renais crônicas locais.

Frente aos principais achados discutidos até aqui, sugere-se a realização de novas pesquisas sobre a população

---

renal crônica, especialmente acerca das consequências do tratamento para mulheres, porque ao vivenciar a DRC e o tratamento hemodialítico, elas sofrem múltiplas alterações em diversos aspectos da sua vida como a dependência e a incapacidade de realizar a dupla jornada, por exemplo, que impactam na sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM, Costa RRO, Cossi MS. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Enfermería Global*2016;43(2):73-86.
2. Girondi JBR, Nothaft SCS, Santos SMA, Oliveira F, Sebold LF, Kempfer SS. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. *RevEnferm UFSM* 2013;3(2):197-204.
3. Fassbinder TRC, Winkelmann ER, Schneider J, Wendland J, Oliveira OB. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise - Um estudo transversal. *J BrasNefrol* 2015;37(1):47-54.
4. Salimena AMO, Souza MO, Melo MCSC, Ferreira M. O cotidiano da mulher em hemodiálise. *J. res.: fundam. care. online* 2016;8(3):4636-43.
5. Fukushima RLM, Menezes ALC, Inouye K, Pavarani SCI, Orlandi FS. Quality of life and associated factors in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(5):518-24.
6. Suarez MBB, Costa ML, Parpinelli MA, Surita FG. Pregnancy in women undergoing hemodialysis: case series in a Southeast Brazilian reference center. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(1):5-9.
7. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Lamy Filho F, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do Nordeste do Brasil. *J BrasNefrol* 2013;35(2):79-86.
8. Magacho EJC, Andrade LCF, Costa TJF, Paula EA, Araújo SS, Pinto MA et al. Translation, cultural adaptation, and validation of the Screening For Occult Renal Disease (SCORED) questionnaire to Brazilian Portuguese. *J BrasNefrol*2012;34(3):251-8.
9. Alves LO, Guedes CCP, Costa BG. As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade. *J. res.: fundam. care. online* 2016; 8(1):3907-21
10. Candia, MAB, Laranja S, Camargo MF, García RAT, Fayer AAM, Dias CB. Avaliação da qualidade de vida de idosos em hemodiálise pelo questionário KDQOL. *RevSocBrasClinMed* 2015;2(1):1-11.
11. Oliveira APB, Schimidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LHR, Michel RB. Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *J BrasNefrol* 2016;38(4):411-20.
12. Muniz GC, Aquino DMC, Rolim ILTP, Chaves ES, Sardinha AHL. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência renal Crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Pesq Saúde.* 2015;16(1):34-40.

13. Debone MC, Pedruncci ESN, Candido MCP, Marques S, Kusumota L. Diagnosticos de enfermagem em idosos com doença renal cronica em hemodiálise. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(4):833-9.
14. Souza EF, De Martino MMF, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):629-35.
15. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). Rev. Assoc. Med. Bras. 2003;49(4):375-381.
16. Saito PK, Yamakawa RH, Dell'Agnolo CM, Carvalho MDB, Borelli SD, Pelloso SM. Terapia dialítica em mulheres do estado do Paraná, município de Maringá e região metropolitana. Semina: Cienc. Bio. Saúde 2013;34(1):63-72.
17. Rusa SG, Peripato GI, Pavarini SCL, Inouye K, Zazzetta MS, Orlandi FS. Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2014;22(5):911-7.
18. Gonçalves FA, Dalosso I F, Borba JMC, Bucaneve J, Valerio NMP, Okamoto CT et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba-PR. J BrasNefrol 2015;37(4):467-74.
19. Pierone JM, Vizzotto MM, Heleno MG, Farhat CAV, Serafim AP. Qualidade de vida de usuários de parques públicos. Bol. Psicol2016;66(144):99-112.
20. Lotufo PA, Bensenor IJM. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. RevSaude Publica 2013;47(6):1201-04.
21. Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodrigues QP, Santos CCC et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. Texto contexto – enferm2013;22(2):285-92.
22. Cabral RWL, Santos SR, Menezes KDN B, Albuquerque AV, Medeiros AL. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos Idosos: revisão sistemática. Rev. EnfermUFPE online 2013;7(5):1434-42.
23. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Rev. BrasClin Med. 2012;10(6):503-7.
24. Santos GS, Cunha ICK. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. Rer. Enferm. Cent. O. Min. 2014;4(2):1135-45.
25. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvaredo O, Cáceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sócio demográficas, médico-clínicas e de laboratório. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012;20(5):[09 telas].
26. Huertas-Vieco MP, Pérez-García R, Albalate M, Sequera P, Ortega M, Puerta M et al. Factorespsicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes enhemodiálisis crónica. Nefrología 2014;34(6):737-42.
27. Rudnicki T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. Cont. Clínicos 2014;7(1):105-16.

- 
28. Wang R, Tang C, Chen X, Zhu C, Feng W, Li P et al. Poor sleep and reduced quality of life were associated with symptom distress in patients receiving maintenance Hemodialysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2016;14(3):125-133.
  29. Wee HL, Seng BJJ, Lee JJ, Chong KJ, Tyagi P, Vathsala A et al. Association of anemia and mineral and bone disorder with health-related quality of life in Asian pre-dialysis patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 2016;14(2):94-104.
  30. Ruback TM, Menezes MGB, Araújo MT. Diagnósticos de enfermagem em um paciente portador de insuficiência renal crônica. *SynThesis Rev. Digital FAPAM* 2014;5(5):302 - 327,