



Perfil de estilo de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

Lifestyle profile of patients with chronic renal disease in hemodialysis

Telma Suanne Rocha dos Santos¹, Anselmo Cordeiro de Souza¹, Lorena Guimarães Ferreira Honorato¹,
Julien Thalita Rocha dos Santos², Suellen Taise Rocha dos Santos Pereira³, Cristina Zukowsky-Tavares¹, Elias
Ferreira Porto¹

¹ Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), São Paulo (SP), Brasil.

² Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Pará, Brasil.

³ Técnica no Laboratório Multiusuário de Química, Instituto de Ciências e Tecnologia das Águas, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Brasil.

* **Autor correspondente:** Anselmo Cordeiro de Souza - E-mail: anselmo.vivamelhor@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de estilo de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Trata-se de investigação transversal de abordagem quantitativa, do tipo analítico-descritiva. A coleta de dados foi efetivada no Hospital Regional do Baixo Amazonas, no município de Santarém, Estado do Pará. Os participantes responderam questionário sociodemográfico e de fatores associados criado pelos autores da pesquisa, e para análise do estilo de vida utilizou-se o Instrumento Perfil de Estilo de Vida Individual. Foram avaliados 70 pacientes renais crônicos prevalentemente do sexo masculino e faixa etária entre 21 e 71 anos. A pontuação média do questionário de estilo de vida global foi $20,8 \pm 7$ pontos, 15,7% apresentaram classificação do estilo de vida negativo, 72,2% regular e 8,5% positivo. Para 24,2% a doença tem um impacto importante na vida. Concluiu-se que houve prevalência de estilo de vida classificado como regular, bem como autorrelato de impacto importante da doença renal crônica sobre a vida do paciente, o que pode ser potencialmente atenuado por componentes de um estilo de vida promotor de saúde.

Palavras-chave: Diálise renal. Estilo de vida. Insuficiência renal crônica. Perfil de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the lifestyle profile of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. This was a quantitative, cross-sectional, analytical and descriptive study. Data were collected at Baixo Amazonas Regional Hospital, in the municipality of Santarém, state of Pará. The participants answered a sociodemographic, associated factors questionnaire created by the authors, and for lifestyle analysis, the Individual Lifestyle Profile Instrument was used. Seventy chronic kidney patients, predominantly male and aged between 21 and 71 years, were evaluated. The average score of the global lifestyle questionnaire was 20.8 ± 7 points, 15.7% had a negative lifestyle rating, 72.2% regular and 8.5% positive. For 24.2%, the disease has an important impact on life. There was a prevalence of regular lifestyle, as well as self-report of important impact of chronic kidney disease on the patient's life, which can potentially be mitigated by components of a health-promoting lifestyle.

Keywords: Renal dialysis. Lifestyle. Renal insufficiency, chronic. Health profile.

Recebido em Outubro 10, 2019

Aceito em Dezembro 02, 2020

INTRODUÇÃO

Insuficiência renal é a condição na qual os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas, classificando-se como aguda (quando isso ocorre de forma súbita e rápida) ou crônica. Ela é indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua publicação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) pelos códigos N17- N19.^{1,2}

Em 2002, a *National Kidney Foundation* (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*TM (KDOQITM), propôs considerar anormalidades da estrutura ou função renal por mais de três meses de duração sob o nome geral de doença renal crônica (DRC), independentemente dos agravos que a causaram.^{2,3} A principal diferença incorporada no conceito de DRC se deu na inclusão de pacientes com o estado funcional normal dos rins.⁴ O conceito foi rapidamente reconhecido no mundo e no Brasil.^{4,5}

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica, a DRC é definida como “lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina)”.⁶ Análises posteriores mostraram que a albuminúria também tem efeito importante nos desfechos dela, levando o grupo de trabalho sobre avaliação e manejo da doença, o qual se nomina *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO), a incluir a albuminúria na classificação revisada de 2012.⁷

Aponta-se que atualmente o melhor indicador disponível da função renal global é a taxa de filtração glomerular (TFG), que é igual à quantidade total de líquido filtrado através de todos os néfrons funcionais por unidade de tempo.⁸ Quando a TFG < 15mL/minuto por 1,73 m, estabelece-se a chamada falência funcional renal (FFR), ou seja, o quinto e mais avançado estágio da perda funcional progressiva observado na DRC, também nominada doença renal terminal (DRT).⁵ Diante desse quadro, as opções para os pacientes são terapias renais substitutivas (TRS) na forma de diálise ou transplante renal ou, ainda, tratamento conservador (também chamado de paliativo ou não dialítico).⁸

Ressalta-se que a DRT é condição complexa e progressiva, que decorre de doenças infecciosas, como malária, esquistossomose, HIV e hepatite, e também do uso de medicamentos à base de ervas nefrotóxicas, que contêm ácido aristolóquico.^{7,9} A DRC pode ser um multiplicador de risco para a mortalidade associada à doença infecciosa, principalmente nos países em desenvolvimento, que enfrentam cargas de doenças infecciosas comparativamente maiores.⁹

No entanto, tem sido indicado que o aumento da DRC e sua progressão para a DRT em todo o mundo são, principalmente, resultado do crescimento da pandemia global de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como *diabetes mellitus* (DM) e hipertensão arterial (HA), tidas como fatores de risco modificáveis para diversas doenças.^{9,10} Soma-se a esse quadro a contribuição de componentes do estilo de vida (EV) no agravamento ou na atenuação do estado de saúde do paciente DRC, como nutrição, exercício e consumo de tabaco e álcool.¹¹

Classicamente, EV é definido pela OMS como “conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização [...] incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício”.¹² De modo semelhante, seu conceito está associado ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida dos sujeitos.¹³

Em relação ao desenvolvimento e à gestão da DRC, o EV desempenha papel significativo. EV sedentários, inatividade física, dieta e obesidade, são todos contribuintes para seu desenvolvimento e progressão, bem como para comorbidades associadas, como diabetes tipo 2 e doença cardiovascular. A intervenção no EV para fatores de risco comuns às DCNT é importante na prevenção da DRC. Diversas medidas prioritárias foram definidas para lidar com a crise global das DCNT, incluindo controle acelerado do tabaco, redução da ingestão de sal, estímulo a dietas saudáveis e a atividade física e redução do consumo prejudicial de álcool.¹⁴

Embora a análise da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010 tenha evidenciado tendência

de aumento de 31% da DRC¹⁵, parece existirem poucos estudos no Brasil relativos a componentes do EV relacionados e promotores de saúde, tidos como fatores protetores e potencialmente atenuadores dela.¹⁴ Logo, este estudo objetivou traçar o perfil de EV de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise.

MÉTODO

Trata-se de investigação exploratória de abordagem quantitativa, transversal, do tipo

analítico-descritiva. Participaram adultos com DRC de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que realizavam hemodiálise no Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Doutor Waldemar Pensa (HRBA), cidade de Santarém (PA), e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pacientes com DRC em hemodiálise que estavam fazendo quimioterapia e/ou radioterapia e aqueles inscritos no programa de hemodiálise em período inferior a um ano não foram incluídos no estudo. Avaliaram-se 96 pessoas, das quais 70 realizaram todas as avaliações, conforme apresentado na Figura 1.

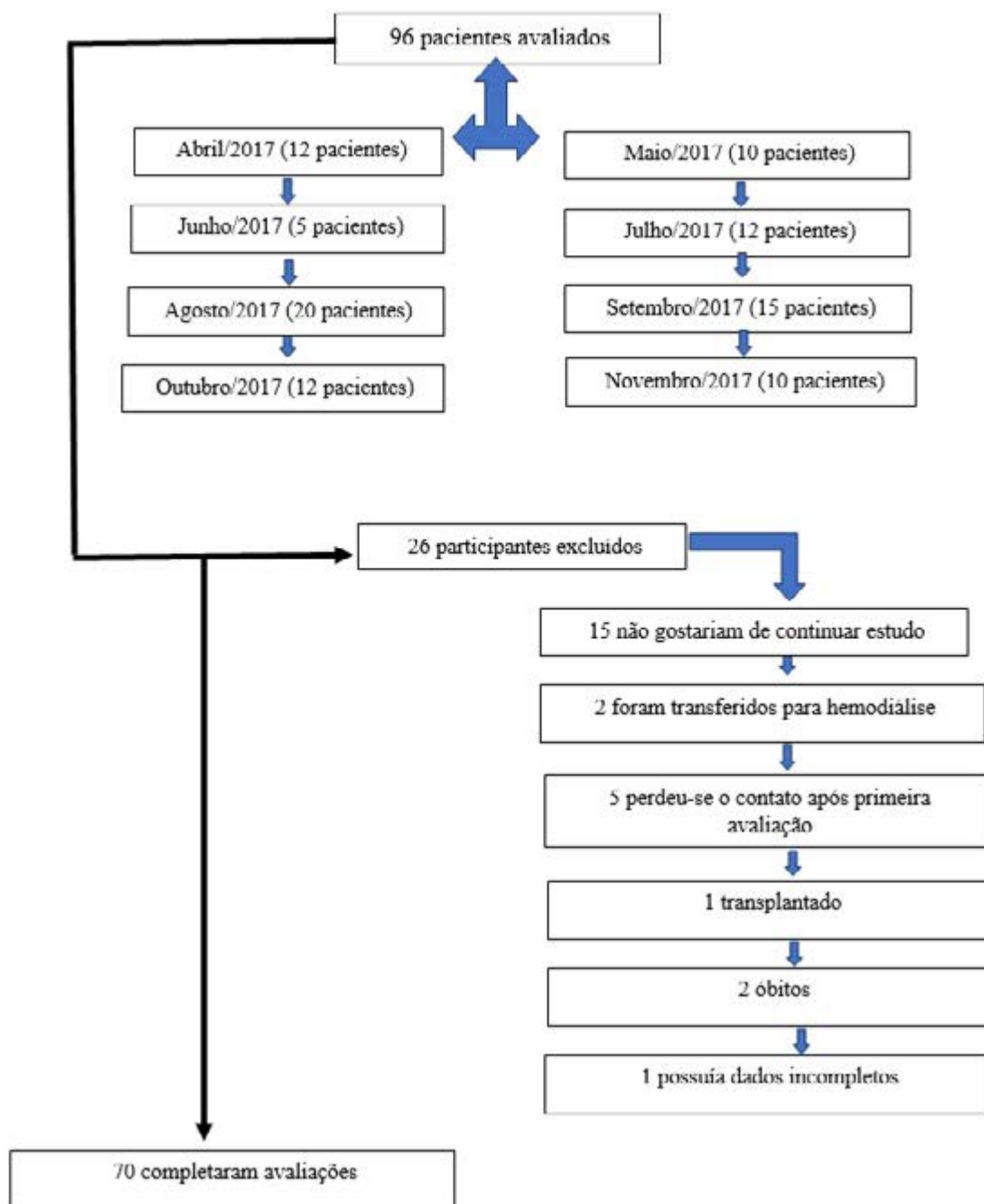


Figura 1. Fluxograma da seleção dos pacientes.

Fonte: Dados de pesquisa.

Por ser o terceiro mais populoso município do Estado, Santarém é o principal centro urbano, financeiro, comercial e cultural do oeste do Pará, e sua região metropolitana é o segundo maior aglomerado urbano paraense. Pertence à mesorregião do Baixo Amazonas e à microrregião de mesmo nome e situa-se na confluência dos rios Tapajós e Amazonas. Está localizada a cerca de 800 km das metrópoles da Amazônia (Manaus e Belém) e ficou conhecida poeticamente como “Pérola do Tapajós”.¹⁶

Realizada por pesquisadores treinados, a coleta de dados ocorreu de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde, nos salões de hemodiálise do HRBA, durante as sessões de cada paciente. Após terem sido explicados o objetivo e os procedimentos da pesquisa e depois de ele ter assinado o TCLE, foram preenchidos o questionário sociodemográfico e sobre fatores associados, criado pelos autores da pesquisa, e o instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI)¹³, respeitando as condições éticas e técnicas do setor.

Nesse questionário, voltado para avaliação individual e caracterização da amostra, distinguiram-se: sexo, etnia, idade, estado civil, escolaridade, horas trabalhadas, renda média, hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), sono, visitas ao médico e estresse. Também foram caracterizados detalhes sobre as condições relacionadas à insuficiência renal crônica e à hemodiálise.

O PEVI mensura EV baseado nos componentes nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento sociais e controle do estresse. Sua versão brasileira é um instrumento autoadministrado, que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o EV e a saúde. O questionário possui 15 questões, e para cada uma há possibilidade de zero a 3 pontos, portanto pode-se perfazer um total de 45 pontos (são possíveis 9 pontos possíveis para cada componente). Se o entrevistado obtivesse até 16 pontos, era tido como EV negativo; de 17 a 30 pontos, compatível com um EV regular; e acima de 30 pontos, bom EV.¹³

Foi calculada a amostra levando-se em conta alfa de 0,05 com poder estatístico de 80% ($\beta = 0,20$) e que existam 3 pontos de diferença pelo questionário de perfil de EV individual entre os sujeitos que têm ou não o EV considerado saudável. A diferença de 3 pontos foi escolhida por ser a mínima clinicamente importante para essa medida. Essa consideração foi feita partindo-se do pressuposto de que o indivíduo com melhor EV tem menor tempo de realização de hemodiálise em relação àqueles com hábitos de vida não saudáveis. Foram considerados variação amostral de 5%, desvio-padrão de 5,4 unidades, e diferença de 3% a ser detectada. Para responder o objetivo, houve necessidade de avaliar 70 indivíduos.

Utilizou-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para avaliação da distribuição dos dados em relação à normalidade. Os dados estão apresentados em média e desvio-padrão. Foi aplicado o teste *t* para comparar as diferenças entre as variáveis quando a amostra foi distribuída em dois grupos. Quando foi preciso analisar três variáveis quantitativas, utilizou-se análise de variância (ANOVA) com pós-teste de Bonferroni. As diferenças entre as proporções foram analisadas por meio do teste de qui-quadrado. Significância estatística foi considerada se $p < 0,05$.

Em observância à Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷, as coletas de dados e procedimentos de campo somente foram iniciadas após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), Campus São Paulo, sob o n. 1.815.820/2016.

RESULTADOS

Os 70 participantes deste estudo faziam hemodiálise no HRBA e tinham mais de 18 anos; 41 (58,5%) residiam em Santarém, e 29 (41,4%) originavam-se de cidades vizinhas e que, por precisar realizar o tratamento três vezes por semana, foram obrigados a se mudar. Quanto ao sexo, 38 (54,2%) indivíduos eram homens, e a faixa etária, entre 21 e 71

anos. Autodeclararam-se casados 37 (52,8%) indivíduos, 12 (17,1%) viviam em união estável, 15 (21,4%) eram solteiros, 6 (8,5%) separados, e um (1,4%) viúvo. Moravam com a família 62 (88,5%) sujeitos. Apenas oito (11,4%) disseram não possuir religião. Do número total de participantes, 47 (67,1%) recebiam Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Em relação às condições de saúde, dez (14,2%) pessoas haviam sido internadas no último mês, e 23 (32,8%) praticavam algum tipo de atividade física. Sobre a presença de doenças crônicas (além da

DRC), 50 (71,4%) declararam possuir algum tipo de diagnóstico, com destaque para HA e DM, e sete (10%), doença cardíaca. Realizar atividade física, comer frutas, verduras e legumes e dormir antes de 22 horas foram os principais fatores negados pelos pacientes. Quanto ao perfil segundo o sexo, as mulheres, em média, utilizavam maior quantidade de medicamentos do que os homens, assim como foi maior o número de mulheres que recebiam o BPC. A Tabela 1 apresenta as informações demográficas e de saúde geral da amostra estudada.

Tabela 1. Características demográficas e variáveis do estado de saúde de pacientes com DRC que fazem hemodiálise no HRBA

Variáveis	Valores
Idade (anos)	50 ± 15,2
IMC (kg/m ²)	23,6 ± 3,8
Homens (%)	68
Mulheres (%)	32
Tempo de hemodiálise (meses)	52 ± 30,0
Medicamento em uso	3,9 ± 2,2
Autodeclaração de saúde (pares)	
Muito pior (%)	0
Pior (%)	10
Igual (%)	23
Melhor (%)	33
Muito melhor (%)	3
Autodeclaração de saúde (ano passado)	
Muito pior (%)	3
Pior (%)	14
Igual (%)	24
Melhor (%)	24
Muito melhor (%)	4

Fonte: Dados de pesquisa.

Quanto ao tempo de tratamento de hemodiálise, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os pacientes com menos que 45 meses e aqueles com mais de 45 meses. Os dados desse perfil são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização do perfil segundo o tempo que realiza hemodiálise

Variáveis	< 45 meses n = 35	> 45 meses n = 35	p (Teste t)
Idade (anos)	52,7±15,4	49,7±13,7	0,35
Tempo de doença (meses)	26,9 ±9,71	52,8±24,3	<0,0001
Nº de medicamentos	4,3±2,4	4,4±1,9	0,06
Diabetes (%)	37,5	34,3	0,76
Hipertensão (%)	65	68,7	0,76
Hospitalizações (%)	17	9,3	0,14
Trabalham (%)	8,5	0	-
Beneficiários – BPC (%)	68,5	75	0,34
Aposentados (%)	17,1	15	0,84
Sem benefícios (%)	5,9	10	0,43

Fonte: Dados de pesquisa.

Avaliado o EV para 70 pacientes renais crônicos em hemodiálise, verificou-se que eles apresentavam EV que necessitava de mudanças. A pontuação total obtida no questionário PEVI foi de 20 pontos, em um total possível de 45 pontos; 15,7% tinha EV muito

negativo, 74,2% EV regular, e 8,5 EV positivo. A maioria apresentou um estilo regular tanto para o geral quanto para as componentes. Entretanto, a minoria tinha um EV positivo, conforme indicado na Tabela 3.

Tabela 3. Percentual de estilo de vida negativo, regular e positivo para 70 pacientes com DRC que realizam hemodiálise

Variáveis	Estilo de vida negativo	Estilo de vida regular	Estilo de vida positivo
NAHAS Total (%)	15,7	74,2	8,5
Nutrição (%)	30	50	20
Atividade física (%)	74,2	17,1	8,5
Comportamento preventivo (%)	32,8	52,8	14,2
Relacionamento social (%)	20	51,4	28,5
Controle do stress (%)	37,1	45,7	12,8

Fonte: Dados de pesquisa.

O EV não foi diferente para os pacientes que autodeclararam que sua saúde era pior, igual, melhor ou muito melhor em relação a indivíduos da mesma idade deles, como explicitado na Tabela 4.

Tabela 4. Análise do estilo de vida para os pacientes conforme declaram seu estado de saúde em relação a indivíduos da mesma idade deles

Variáveis	PEVI total	Nutrição	Ativ. física	Comportamento preventivo	Relacionamentos	Controle do estresse	Tempo de hemodiálise
Pior (n = 35)	17,7±3,8	4,5±1,4	1,5±1,7	4,5±1,8	3,7±1,7	3,2±1,7	59,6
Igual (n = 20)	22,7±7,2	4,7±2,3	2,4±3,1	4,9±2,4	5,8±2,3	4,5±2,4	53,1±29,2
Melhor (n = 10)	19,6±6,7	5,0±2,0	1,8±2,4	4,3±2,0	4,9±2,2	3,5±1,9	49,10±32
Muito melhor (n = 5)	21,2±6,1	5,4±2,0	1,2±1,0	4,6±1,9	5,2±1,7	4,2±2,1	57,6±26,0
p (ANOVA)	0,16	0,24	0,35	0,49	0,11	0,25	0,45

Fonte: Dados de pesquisa.

Na análise do EV, segundo o estado de saúde autodeclarado em relação ao ano anterior, os indivíduos que disseram que a saúde estava muito pior tinham EV significativamente pior em comparação àqueles que informaram que a saúde era pior, igual ou

melhor para os seguintes componentes: soma geral ($p = 0,008$), comportamento preventivo ($p = 0,008$) e controle de estresse ($p = 0,032$). Esse achado pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5. Análise do estilo de vida para os pacientes conforme declaram seu estado de saúde em relação ao ano passado

Variáveis	PEVI total	Nutrição	Ativ. física	Comportamento preventivo	Relacionamentos	Controle do estresse	Tempo de hemodiálise
Pior (n = 42)	21,4±5,8	5,5±2,0	1,5±2,5	4±2,3	5,6±2,4	4,7±1,8	48,5±27
Igual (n = 20)	21,8±6,7	4,5±1,8	2,5±2,6	5,8±2,0	5,2±2,1	3,4±2,0	52,2±31,2
Melhor (n = 5)	20,8±6,8	4,9±2,3	2±2,6	4,2±1,8	5,3±2,1	4,4±2,3	55,4±29,8
Muito pior (n = 3)	10,3±1,8*	4,6±0,41	0±0	1,3±0,41*	2±0,71*	1,6±0,82*	36,3±17,7
p (ANOVA)	0,008	0,427	0,110	0,007	0,008	0,032	0,153

Fonte: Dados de pesquisa.

* Valor $p \leq 0,05$.

Ao se correlacionar o tempo em que o paciente realizava hemodiálise e o EV, encontrou-se significativa correlação entre o EV e a soma geral do PEVI, assim como dos componentes nutrição e relacionamento

social. Isso significa que, com o passar dos anos, os indivíduos conseguiam melhorar seu EV, como explicitado na Tabela 6.

Tabela 6. Correlação entre o tempo em que o paciente realiza hemodiálise com o estilo de vida

Variável	r Pearson	valor p
Tempo de hemodiálise x PEVI total	0,02	0,025
Tempo de hemodiálise x nutrição	0,25	0,0014
Tempo de hemodiálise x atividade física	0,02	0,58
Tempo de hemodiálise x comportamento preventivo	0,03	0,45
Tempo de hemodiálise x relacionamento social	0,28	0,004
Tempo de hemodiálise x controle do estresse	0,07	0,47

Fonte: Dados de pesquisa.

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de saúde do paciente renal crônico em hemodiálise, bem como conhecer seu perfil de estilo de vida. Dentre os principais resultados, destaca-se a predominância do sexo masculino. A maioria dos indivíduos autodeclarou ser hipertensa e tomava cerca de quatro medicamentos diferentes diariamente, além de realizar hemodiálise há mais de 2,5 anos. Os participantes apresentavam EV regular e necessitavam de melhoras sensíveis. Houve, ainda, autorrelato de que a doença trazia grande impacto na vida deles, visto que a maior parte não conseguia trabalhar, além de ser obrigada a deixar sua cidade para fazer hemodiálise, apresentando hospitalização durante o último ano.

Em relação à predominância de indivíduos do sexo masculino, os resultados do presente estudo são semelhantes aos encontrados por Santos¹⁸, cuja amostra de 107 pessoas se constituiu prevalentemente de homens. Entretanto, Chadban et al.¹⁹ encontraram que a prevalência de pacientes renais crônicos na Austrália foi igual para homens e mulheres. Essas diferenças podem estar relacionadas a discrepâncias regionais ou demográficas. Chadban et al.¹⁹ e Coresh et al.²⁰ evidenciam ainda que a prevalência de DRC se eleva com a idade; nessa direção, na amostra do presente estudo houve prevalência de indivíduos na meia-idade.

A relação entre saúde e trabalho é de suma importância no que se refere à produtividade humana,

e essa é uma preocupação para o portador de doença crônica, em especial aqueles que realizam hemodiálise, visto que ficam condicionados a uma “máquina”. Para Carreira et al.²¹, a maioria dos indivíduos com DRC não desenvolve atividade remunerada, e, quando o faz, conta com a ajuda e compreensão do empregador. A DRC e seu tratamento não constituem impedimento direto e absoluto à realização da atividade profissional, mas trazem limitações significativas. Considera-se necessário o profissional de saúde se aliar a familiares e à sociedade na busca de apoio para que esses indivíduos possam ser inseridos no mercado de trabalho quando assim o desejarem e houver condições.

Sob esse mesmo prisma, Souto²² ressalta que o trabalho é entendido como todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental, executa para atingir os objetivos dele. Todo indivíduo tem direito ao trabalho digno, a fim de realizar-se e garantir seu sustento, assim como daqueles por quem é responsável. Porém, só consegue dar conta de suas atribuições profissionais se tiver condições clínicas, físicas, mentais e sociais, o que pode se tornar um obstáculo ao paciente crônico renal.

A maior parte da amostra do presente estudo recebia o BPC, o qual limita-se a um salário mínimo a pessoas portadoras de deficiência e a idosos com 65 anos ou mais que comprovem não possuir renda superior a um quarto de salário mínimo²³. Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Portaria

GM n. 1.820, de 13 de agosto de 2009, o paciente renal crônico tem direito a receber gratuitamente os remédios de uso contínuo e de alto custo para o tratamento.²³

No presente estudo, mais de um terço dos participantes declarou ser diabético, bem como houve prevalente proporção de hipertensos. Para Coresh et al.²⁰, a principal razão da elevação da prevalência de indivíduos que realizam hemodiálise está relacionada ao crescimento do número de pessoas com HA e DM.

O aumento das doenças crônicas é um fato conhecido e tem gerado inúmeras discussões atualmente. Com uma aparente e possível interação entre essas condições crônicas, tal como a DRC que, possivelmente devido à hiperfiltração glomerular (elevação supranormal da TFG), apresenta prevalência em pacientes com diabetes tipo 2 de 20% a 40%.^{24,25} Embora o papel desse achado na patogênese da insuficiência renal crônica ainda não esteja completamente esclarecido, sugere-se que a hiperfiltração ocasionaria dano direto à parede capilar, desencadeando aumento da passagem de macromoléculas e depósito destas no mesângio. Esse depósito, posteriormente, provocaria o fechamento capilar glomerular, por meio de glomeruloesclerose. Os capilares menos afetados sofreriam hiperfiltração compensatória, fechando o círculo que favoreceria o dano glomerular progressivo.²⁶

No estudo de Barros et al.²⁷ houve adesão ao tratamento farmacológico entre os pacientes que faziam hemodiálise, o qual é constituído por vários medicamentos de uso diário, com o objetivo de estabilizar a doença e evitar o surgimento de complicações. No entanto, Figueiredo et al.²⁸ ressaltam que fatores como quantidade de remédios, reações adversas (intolerância), necessidade de períodos de jejum, discordância entre drogas, dificuldade na compreensão dos objetivos da terapia e uso inadequado dos fármacos contribuem para não adesão completa à terapêutica. No presente estudo, houve uso de quantidade média de medicamentos com proporção levemente superior entre mulheres em relação aos homens. Diversos autores discorrem a

respeito da adesão, de acordo com as características do paciente, do regime do tratamento, dos vínculos com os profissionais, da inserção social e da severidade da doença.^{29,30}

Em trabalho realizado acerca do EV de profissionais da saúde em Santarém³¹ utilizando o instrumento Perfil do Estilo de Vida individual, houve EV classificado como regular, porém com EV geral melhor do que o encontrado na presente pesquisa. Possivelmente, essa diferença ocorreu devido à imposição da doença sobre o EV. Destaca-se que no presente estudo foi visto que o EV dos participantes era regular, necessitando de muitas mudanças. Semelhantemente, pesquisa desenvolvida com pacientes renais crônicos no sul do Brasil com avaliação do EV por questionário criado pelos autores indicou prevalência entre os que não praticavam atividade física, não tinham atividades de lazer, faziam ingestão de doces e alimentos gordurosos, quase metade recebia ajuda para realizar alguma tarefa do dia a dia e autorrelato de que praticamente não consumia bebida alcoólica ou fumava³².

Na presente investigação, sobre o componente nutrição do questionário que avalia o EV, houve prevalência de classificados como “regular”. Torna-se importante ressaltar que o indivíduo renal crônico que recebe hemodiálise precisa seguir dieta, evitando determinados tipos de frutas, verduras e legumes, assim como as quantidades consumidas. É possível que essas limitações tenham interferido no EV avaliado no componente nutricional. As restrições alimentar e hídrica são essenciais para a eficiência do tratamento e a qualidade de vida do paciente, mas podem ser fonte de frustração por modificar hábitos do dia a dia e estabelecer diversas privações, comprometendo o EV.³³

Sobre o componente atividade física, o presente estudo apontou que houve prevalência de classificados como “negativo”. Existem recomendações para que pessoas submetidas à hemodiálise façam alongamentos e algum tipo de atividade física leve. Estudo-piloto desenvolvido com renais crônicos mostra a viabilidade de treino de força muscular e exercícios aeróbicos, os quais avaliam o impacto na resistência

cardíaca, força muscular e desempenho funcional deles. Mesmo que nem todos possam realizar essa atividade, é demonstrado melhora na qualidade de vida e na reabilitação física e ocupacional, constituindo terapêutica com resultados positivos.³⁴

O terceiro componente do EV avaliado no presente estudo foi o comportamento preventivo, o qual também apresentou resultado classificado como “regular” em pouco mais da metade dos participantes. Segundo Nascimento et al.³⁵, existe adesão efetiva ao tratamento da IRC, o que proporciona ao indivíduo uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências e melhor manutenção do bem-estar físico, social e psicológico. Os pacientes com DRC geralmente conseguem atender às recomendações do tratamento preventivo. Aqueles que tomaram parte deste estudo levavam a sério a terapêutica e procuravam conhecer os sintomas de alterações, sendo possível identificar quando algo estava anormal com sua pressão arterial e nível de colesterol. Isso foi verificado pelos pesquisadores durante os procedimentos, e provavelmente essas características contribuíram para EV regular medido pelo componente preventivo.

O quarto componente – relacionamento social – mostrou-se regular para praticamente metade dos pacientes, sugerindo ajustes necessários no EV. Muitos sentem-se excluídos e abandonados pela própria família e/ou comunidade a qual pertenciam – alguns, por precisarem mudar de cidade, e outros, por relações prejudicadas com pessoas do seu convívio, seja por lacunas de empatia, seja por motivos relacionados ao domínio psicológico dos envolvidos, por vezes acabam se distanciando.^{8,14} Sisdelli et al.³⁶ relatam sentimentos que fazem parte da cotidiano dessas pessoas: angústia, insegurança, pânico, depressão, desânimo, sensação de prisão da máquina, medo associado às limitações decorrentes dessas situações e de suas repercussões e modificações do modo de ser e viver.

O quinto e último componente do questionário PEVI é o controle de estresse, cujo resultado evidenciou-se como prevalentemente “regular”; foi possível verificar que os participantes da presente pesquisa procuram tal controle. De acordo

com Bertolin et al.³⁷, as maneiras de enfrentamento focadas no problema são mais utilizadas, e a depressão se correlacionou positivamente com os modos de enfrentamento focados na emoção para pessoas em tratamento de hemodiálise. A identificação de tais modos é desejável para planejar o tratamento individualizado que proporcione controle dos estressores inerentes à doença e à hemodiálise, subsidiando melhor adaptação do doente renal crônico ao regime terapêutico.

O salão de hemodiálise tem clima frio, porém é cheio de calor humano, e os pacientes tornam-se amigos. A ida ao hospital, muitas vezes, se transforma em um passeio; as brincadeiras e sorrisos altos são ouvidos quando se aproxima da porta: são pessoas lutando pela vida, cheias de esperança. Mesmo com esse ambiente, a doença impacta a vida delas e seu EV, produzindo alto número de hospitalizações.¹⁴

Um diagnóstico precoce de doença renal é de suma importância, pois, quando identificada em estágio avançado, é preciso tratamento dialítico. Segundo Silva et al.³⁸, quando a IRC é descoberta, os pacientes passam por um momento de rejeição/aceitação diante da necessidade do tratamento dialítico e podem apresentar diferentes reações e modos de agir durante o processo de enfrentamento, pois, ao mesmo tempo que garante a vida, torna a pessoa dependente da tecnologia. Kimmel et al.³⁹ ressaltam que os fatores que podem influenciar a vida dos pacientes renais crônicos podem ser divididos em dois grupos: fixos, os quais não podem ser modificados pelo paciente ou médico e que incluem idade, doença concomitante, sexo e raça; e variáveis, passíveis de serem alterados e que abrangem depressão, suporte social e status marital.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se que a investigação foi realizada em uma única unidade hospitalar, restringindo as conclusões. Entre os pontos fortes, vale mencionar a avaliação do EV por questionário com evidências de validade em diferentes populações¹³, disponibilizando uma análise do EV com melhores condições para comparação em futuros estudos.

O paciente em hemodiálise sofre impactos como estresse, dificuldades profissionais, queda da renda mensal, prejuízo da capacidade ou interesse sexual, medo de morrer, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas. No presente estudo, é perceptível o engajamento de toda a equipe de saúde para que o momento de hemodiálise seja seguro e tranquilo; cada profissional é responsável por um número de pacientes, o que cria relação afetiva para ambas as partes, pois cada técnico percebe quando a pessoa não está bem ou que faltou no dia do procedimento, potencializando a eficácia do processo.

Há consenso de que programas educativos de incentivo a hábitos promotores de saúde podem ser potenciais atenuadores das condições negativas impostas pelo tratamento, favorecendo a qualidade de vida do paciente renal crônico em hemodiálise.¹⁴ As implicações clínicas do presente estudo chamam atenção para as pessoas que realizam hemodiálise, as quais são afetadas pela doença, sem que haja um programa específico voltado ao estilo de vida delas. Esses programas devem incluir estratégias de educação em saúde, implantados para reduzir o impacto da DRC, bem como promover a saúde dessa população e de sua família.

CONCLUSÃO

Caracteriza-se um perfil de indivíduos renais crônicos em hemodiálise prevalentemente do sexo masculino, com faixa etária na meia-idade. As mulheres consumiram maior quantidade de remédios e eram quem mais recebia benefício social das assistências. Houve prevalência de estilo de vida classificado como regular no EV global, e negativo no domínio atividade física, bem como autorrelato de impacto importante da DRC sobre a vida do paciente e a maneira como vive, o que pode ser potencialmente atenuado pela implementação de iniciativas e intervenções promotoras de um estilo de vida saudável.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças. São Paulo: EDUSP; 2008.
2. Levey AS, Coresh J, Bolton K, Culleton B, Harvey KS, Ikizler TA, et al. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*. 2002 Sep 15;39(2 SUPPL. 1):i-ii + S1-S266.
3. Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, Francisco AL, Jong PE, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*. 2013;3(1):1-150.
4. Shutov AM. Chronic renal disease: a global problem in the XXI century. *Klinicheskaia Meditsina*. 2014;92(5):5-10.
5. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(2):248-53.
6. Romão JE Junior. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefr*. 2004;26(3 supl. 1):1-3.
7. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013;382(9888):260-72.
8. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *Lancet*. 2017;389(10075):1238-52.
9. Nugent RA, Fathima SF, Feigl AB, Chyung D. The burden of chronic kidney disease on developing nations: a 21st century challenge in global health. *Nephron Clinical Practice*. 2011;118(3):269-77.
10. Meguid El, Nahas A, Bello AK. Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet*. 2005;365(9456):331-40.
11. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011;377(9775):1438-47.

12. Numata ES Filho, Teixeira-Araujo AA, Cruz LC, Araujo FS, Moreira SR. Estilo de vida influencia variáveis antropométricas e pressão arterial em adultos jovens. *Saúde e Pesquisa*. 2016;9(1):137-42.
13. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2017.
14. Turner NN. Oxford textbook of clinical nephrology. Oxford: Oxford University Press; 2016.
15. Marinho B, Guerra AW, Penha AP, Silva MT, Galvão TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Coletiva*. 2017; 25(3):379-388.
16. Soares AJ. Conhecendo o Pará: estudos amazônicos. Belém: Cultural Brasil; 2015.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.
18. Santos PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):356-9.
19. Chadban SJ, Briganti EM, Kerr PG, Dunstan DW, Welborn TA, Zimmet PZ, et al. Prevalence of kidney damage in Australian adults: The AusDiab kidney study. *J Am Soc Nephrol*. 2003;14(7 Suppl 2):S131-8.
20. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA*. 2007;298(17):2038-47.
21. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003;11(6):823-31.
22. Souto DF. Saúde no trabalho: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Senac/Sesi Nacional; 2003.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009 agosto, n. 155. Seção 1.
24. Vora JP, Dolben J, Dean JD, Thomas D, Williams JD, Owens DR, et al. Renal hemodynamics in newly presenting non-insulin dependent diabetes mellitus. *Kidney Int*. 1992;41:829-35.
25. Silveiro SP, Friedman R, Gross JL. Glomerular hyperfiltration in NIDDM patients without overt proteinuria. *Diabetes Care*. 1993;16:115-9.
26. Brenner BM, Lawler EV, Mackenzie HS. The hyperfiltration theory: a paradigm shift in nephrology. *Kidney Int*. 1996;49:1744-77.
27. Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2006.
28. Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MC, Colombrini MR. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escolar. *Rev Lat-Am Enferm*. 2001;9(4):5-55.
29. Willians AB. Adherence to highly active antirretroviral therapy. *Nurs Clin North Am*. 1999;34(1):113-9.
30. Ickovics JR, Meisler AW. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *J Clin Epidemiology*. 1997;50(4):385-391.
31. Miranda MKV, Porto EF, Souza AC. Influência do estilo de vida e qualidade de vida nos exames de sangue. *Temas em Saúde*. 2018;18(1):143-70.
32. Kirchner RM, Machado RF, Löbler L, Stumm EMF. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. *O mundo da saúde*. 2011;35(4):415-421.
33. Reis CK, Guirardello EB, Campos CG. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):336-41.

34. Martins MI, Cesarino CB. Atualização sobre programas de educação e reabilitação para pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 2004;26(1):45-50.
35. Nascimento CD, Marques IR. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):719-22.
36. Sisdelli S. *Diálise: vida nova ou nova vida?* São Paulo: O Mercador Criação Contemporânea; 2007.
37. Bertolin DC, Pace AE, Kusumota L, Ribeiro RC. Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(n. esp.):179-86.
38. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(5):839-44.
39. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000;35(4):S132-40.