

A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: A QUALIDADE DE VIDA E AS QUESTÕES DE GÊNERO

(2011)

Gislene Carla Erbs

Psicóloga da Fundação Pró-rim

Hercílio Alexandre da Luz

Médico Nefrologista da Fundação Pró-rim

Luciane Mônica Deboni

Médica do setor de Nefrologia e Transplante da Fundação Pró-rim

Marcos Alexandre Vieira

Médico nefrologista da Fundação Pró-rim

Paulo Eduardo da Silveira Lobo Sicogna

Médico Nefrologista da Pró-rim

Rosa Maria Gasparino da Silva

Psicóloga da Fundação Pró-rim

E-mail:

gis7@ig.com.br

RESUMO

A insuficiência renal crônica (IRC) interfere na Qualidade de vida (QV) do paciente gerando dificuldades sociais, físicas e emocionais, resultando em um impacto biopsicossocial que têm relação nas questões de gênero. O objetivo da pesquisa foi comparar as diferenças na QV entre gêneros que fazem tratamento hemodialítico ambulatorial. A análise indicou que o sexo feminino possui uma maior sensibilidade em relação à dor, e ao funcionamento físico. Apresentou também dificuldades maiores nos sintomas problemas, ainda que a pesquisa tenha apresentado um resultado não significativo no total das categorias. As diferenças encontradas em três delas, são o suficiente para verificar diferenças nas questões de gênero, demonstrando a necessidade de estudos com um número mais representativo de participantes, e com instrumentos diferenciados.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica, qualidade de vida, gênero

INTRODUÇÃO

A IRC é a perda total ou quase total da função renal, havendo então, a necessidade de tratamento, que pode ser dialítico, e/ou transplante renal¹. O tratamento dialítico é caracterizado pelo auxílio de uma máquina que substitui artificialmente a função do rim. É uma enfermidade que, além de trazer consequências físicas e psicológicas, altera o cotidiano do indivíduo^{2, 3}, pode levar a comorbidades e até a morte⁴.

A diálise pode ser peritoneal, na qual o paciente pode realizar em sua própria residência várias vezes ao dia, ou a extracorpórea, sendo que para essa há necessidade de comparecer à clínica de hemodiálise (HD) pelo menos três vezes na semana, e realizar sessões com duração de quatro horas cada sessão⁵. Este tempo pode variar conforme necessidade de cada paciente, conforme prescrição médica.

O caráter crônico da doença e o tratamento aumenta o índice de estresse⁶, ansiedade⁷ e depressão⁸. Também altera a identidade, a descrição do corpo, a relação com a família e a sociedade, sofrendo redefinições⁹, tendo a necessidade de adaptação e adesão, cuidados especiais na alimentação. Além disso sérias restrições alimentares e hídricas são impostas ao paciente. Em alguns casos existe a necessidade de um cuidador. Sendo assim o processo saúde-doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve o contexto familiar, social e cultural do sujeito, afetando sua autonomia e qualidade de vida (QV).

Desde 1970 o termo qualidade de vida vem sendo utilizado de forma mais sistemática, abrangendo o funcionamento físico, psicológico e social¹⁰. Atualmente, compreende-se por QV, segundo a organização mundial da saúde (OMS)¹¹, “a percepção do indivíduo acerca de sua posição de vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A IRC envolve várias perdas¹² desde a capacidade física até sua capacidade funcional, condições psicológicas, interações sociais, condições e/ou fatores econômicos, religiosos, bem estar de forma geral. O indivíduo necessita de orientação, incentivo para encontrar sentido a vida e apoio psicológico a fim de facilitar adesão ao tratamento. Desta maneira, a QV do indivíduo é afetada de inúmeras formas: quando seu papel de cuidador passa para o papel de doente, nas perdas da liberdade, na expectativa de vida; nas incertezas que surgem em relação ao futuro, nas consequências que a troca de papel social pode gerar na família, no trabalho e ou/emprego, o medo de ficar sozinho, e de morrer¹³.

A doença interfere e se diferencia também nas questões de gênero, influenciando e interferindo na forma de vida, nos papéis exercidos dentro da família e da sociedade. Portanto,

frente ao exposto, a referente pesquisa teve como objetivo comparar as diferenças na QV entre gêneros dos pacientes que fazem tratamento hemodialítico em ambulatório.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa baseada em dados coletados em entrevista de outubro de 2009 até março de 2010, utilizando o instrumento KDQOL-SF (Kidney disease quality of life short form)¹¹, validado para a população brasileira. O questionário é composto de 24 questões e dividido em 19 categorias de investigação. sendo estas: sintomas problemas, efeitos da doença renal, sobrecarga da doença, papel profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual, sono, suporte social, estímulo por parte da equipe de saúde, satisfação do paciente, funcionamento físico, função física, dor, saúde geral, bem estar emocional, função emocional, função social e energia fadiga.

O questionário foi aplicado individualmente, durante a sessão de hemodiálise, respeitando os critérios de exclusão, sendo eles: menores de 16 anos, tempo mínimo de um mês de tratamento HD, não compreender três questões consecutivas, deficientes auditivos, recusa em participar do estudo, e ausentes por longos períodos de tempo por internações ou outros motivos no período de aplicação.

As entrevistas foram feitas pelo psicólogo do setor e por um colaborador, estudante de psicologia.

A partir das respostas dos pacientes, em cada frase de cada categoria, se obteve um escore de 0 (mais comprometido) a 100 (menos comprometido), os dados obtidos foram tabulados individualmente. As informações colhidas foram armazenadas em banco de dados de forma: individual, separadamente SF e SM e total geral, criados a partir do software Microsoft Excel. Posteriormente foi realizada a análise estatística descritiva e comparativa dos resultados.

RESULTADOS

Dos 124 pacientes da unidade do Centro de Tratamento de Doenças Renais de Joinville, foram incluídos nesta análise 98, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Sendo 46 do SM e 52 do SF, e 26 excluídos.

Os resultados foram obtidos a partir da análise das 19 categorias estudadas a partir dos 98 pacientes entrevistados. Com idade média encontrada de 56,07 anos, com tempo de diálise variando entre um mês a 28 anos.

Tabela 1. Escores das categorias do kdqol-sf por sexo dos pacientes em Hemodiálise no centro de tratamento de doenças renais 2010

Categorias	Total SF(n=52)	Total SM (n= 46)
Qualidade de Vida	69,57%±13,5	73,50%±14,8
Sintomas e Problemas	75,45%±14,5	83,90%±11,7*
Efeitos da Doença Renal	80,74%±17,0	84,01%±20,8
Sobrecarga da Doença	46,10%±23,0	48,23%±26,3
Papel Profissional	28,84%±28,6	36,23%±34,1
Função Cognitiva	72,87%±20,9	81,22%±21,3
Qualidade da Interação Social	81,28%±20,2	79,79%±21,4
Função Sexual	19,47%±35,8	17,39%±38,2
Sono	74,51%±18,6	71,19%± 20,0
Suporte Social	88,78%±23,0	87,31%±24,3
Estímulo por parte da Equipe de Saúde	96,87%±11,3	96,19%±16,8
Satisfação do Paciente	87,99%±14,0	87,09%±16,8
Funcionamento Físico	47,04%±29,4	66,63%±31,2*
Função Física	53%±41,4	69,45%±41,1
Dor	65,43%±28,2	77,77%±27,2*
Saúde Geral	65,57%±20,3	60,89%± 25,0
Bem-Estar Emocional	70,61%±19,3	75,04%±20,3
Função Emocional	61,53%±43,4	68,11%±39,7
Função social	77,11%±24,1	79,07%±26,7
Energia/Fadiga	61,75%±13,5	66,97%±14,8

SF = sexo feminino/ SM = sexo masculino

*P<0,05

A média geral da QV do SF de 68,16% foi menor do que a do SM com 73,50%, contudo, percebeu-se outros escores menores, em porcentagem, em algumas categorias para o SM, como: qualidade na interação social com 79,79% SM e 81, 28% SF, função sexual 17,39% SM e 19,47% SF, sono 71,19% SM e 74,51% SF, suporte social 87,31%SM e 88,78% SF e saúde em geral 60,89% SM e 65,57% SF, porém estatisticamente esses dados não foram significantes.

A análise mostrou que o SM possui um percentual mais favorável na melhora da dor, com 12,34 % a mais que o SF, neste caso, indicando menor incômodo. O mesmo ocorreu com os sintomas problemas com 8,45%, descrevendo uma reação mais rápida a determinadas situações, como se irritar menos com as pessoas próximas, se concentrar, e se relacionar com outras pessoas, se sentir menos confuso, e se isolar menos. Assim como o funcionamento físico com 19,59%, confirmando uma condição maior do SM em relação ao SF, em questão de força e resistência nas atividades cotidianas.

Das 19 categorias referentes à pesquisa o SF ficou com menores índices percentuais em 12 delas, apesar disso apenas 03 das categorias foram realmente significantes: sintomas e problemas, funcionamento físico e dor.

DISCUSSÃO

Uma vez que o papel profissional, a função sexual e a sobrecarga da doença, são compatíveis nos menores índices encontrados em ambos os sexos, e isso está relacionado a uma relação funcional, Bapat et al⁶, mencionam a ameaça à autonomia, a sobrecarga da doença e a mudança funcional nos pacientes renais¹⁴.

A categoria sexual apresentou um dos mais baixos índices para ambos os sexos e 17,39% para SM, e 19,47% para o SF, com uma diferença muito pequena entre os gêneros, não apresentando real significância, confirmando então que problemas sexuais são comuns na IRC¹⁵. Esse resultado, reflete desta forma, no escore total da QV de ambos os gêneros e vai de encontro aos achados de Tavallai et al¹⁶ que, em um de seus estudos, encontrou índices SM menores, embora pouco significativos em relação ao SF. O autor constatou ainda, que o ajustamento conjugal é mais pobre em pacientes que fazem hemodiálise, do que nas outras doenças estudadas. Portanto esses fatores causam maior insatisfação conjugal, maior correlação à depressão e ansiedade. Porém uma pesquisa realizada em 2006¹⁷ concluiu que mulheres com relacionamentos estáveis não modificavam sua percepção em relação à QV, e que aquelas com idade superior a 60 anos possuíam uma relação melhor no domínio do meio ambiente. Assim, o que interferia diretamente de forma negativa nessa percepção, era o baixo nível escolar.

Verifica-se que na cultura em que a mulher cuida dos afazeres domésticos, e é responsável pelos cuidados de limpeza e higiene da casa e dos familiares, o emocional e a QV são prejudicados¹⁸. Especialmente, quando essas não pode mais exercer seu papel de cuidadora da família perante uma doença crônica, que a impossibilita de exercer tais funções, muitas vezes gerando uma sobrecarga de estresse físico e psicológico.

Os menores índices encontrados entre gêneros foram compatíveis: função sexual 17,39% SM e 19,47%, o papel profissional 36,23% SM e 28,84%SF e sobrecarga da doença 48,23% SM e 46,10% SF, indicando um maior desconforto nas mesmas categorias para ambos os sexos.

Embora a função física não tenha aparecido como significante, o funcionamento físico apareceu, e ambas dizem respeito às atividades cotidianas¹ que requerem esforço, como: varrer, levantar e mover objetos, caminhar, inclinar-se, subir escadas e carregar compras. Essas variáveis demonstram percentuais menores para o SF, comprometendo suas funções domésticas e familiares, como buscar as crianças na escola, fazer as compras, limpar a casa, etc... o que mostra que o SM sofre menos impacto no funcionamento físico.

Os resultados mostraram que o SF é mais afetado na maioria das categorias, em 12 do total de 19 categorias, confirmando o resultado de outra pesquisa em que as mulheres demonstraram menor QV tanto na questão física quanto na questão emocional^{20,18}.

A análise mostrou de forma geral que ambos os gêneros devido aos baixos índices nas categorias, necessitam de grupos de apoio^{21,22}, para enfrentar o conjunto de sintomas da doença, fortalecendo a confiança e esperança²³, *status* funcional, e *status* profissional, assim como a questão sexual, social e atividades recreativas²⁴, diminuindo a ansiedade e a depressão²⁵, as taxas de hospitalização e mortalidade²⁰.

O grupo de apoio, é compreendido como a qualidade do suporte emocional, disponíveis a partir das relações estabelecidas²⁶, sejam elas familiares, sociais e pela equipe multidisciplinar de saúde²⁷, o que pode elevar os índices da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A análise indicou que SF possui um índice geral menor em QV, do que no SM, existindo diferenças na maneira de se adaptar e enfrentar a doença, necessitando uma maior compreensão dessas diferenças, que devem ser levados em consideração para o processo terapêutico.

Constatou-se que independe dos resultados e das diferenças observadas em ambos os gêneros, são necessárias as mais variadas formas de prevenção, apoio e atenção por parte dos familiares e equipes multidisciplinares da área da saúde, no auxílio de uma melhora na QV dos pacientes renais crônicos.

Os estudos confirmaram a pouca bibliografia e pesquisas diretamente relacionadas ao gênero, e uma maior necessidade de estudos a respeito, com uma amostra maior, para uma melhor compreensão sobre a qualidade de vida destes sujeitos. Necessitando ainda, o desenvolvimento de instrumentos mais específicos e mais orientados ao enfrentamento da doença, para possibilitar novas práticas e novas maneiras de pensar a respeito do gênero e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Bezerra KV, Santos JLF. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-am Enf 2008;16(4).
- 2 Reis CC, Guirardello EB, Campos CJG. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. Rev Bras de Enferm REBEn 2008;61(3):336-41.
- 3 Abrahão SS, Ricas J, Andrade DF, Pompeu FC, Chamahum L, Araújo TM, et al. Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/ adolescente com doença renal crônica. J. Bras Nefrol 2010;32(1):18-22 Elsevier Ltda.
- 4 Martins MI, Cesarino, CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev latino-am enfermagem 2005;13 (5):670-6.
- 5 Garcia TP, Bittencourt, M. A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no hospital do rim e hipertensão. 2004. Trabalho de conclusão de curso para obtenção de título de graduação. Encontrado em www.psicologia.com.pt. maio de 2010.
- 6 Bapat U, Kedlaya PG, Gokulnath. Perceived illness intrusion among patients on hemodialysis. Saudi Kidney Dis Transpl 2009; 20(3):386-391.
- 7 Helmann CH, Bonazza KZ, Ceza MR, Filla S. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes submetidos à hemodiálise em dois serviços de nefrologia na cidade de criciúma. Arq. Catarinenses de med. 2008;37(4).
- 8 Diefenthaler EC, Wagner MB, Figueiredo CEP, Zimmermann PR, Saitovitch, D. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(2):99-103.
- 9 Matta GC. Da doença crônica ao renal crônico. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2000;10 (1): 65-100.
- 10 Almeida AM. 2003. Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. J. Bras Nefrol 25(4):209-14.

- 11 Organização Mundial da Saúde (1998). Divisão de saúde mental, grupo WHOQOL 1994. Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
- 12 Resende MC, Santos FA, Souza, MM, Marques TP. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicol. Clin. Rio de Janeiro* 2007;19(2).
- 13 Franke GH, Reimer J, Philipp T, Heemann U. Aspects of quality of life through end-stage renal disease. *Quality of Life Research* 2003;12 (2):103-115.
- 14 Cunha MS, Andrade V, Guedes CAV, Meneghetti CHZ, Aguiar AP, Cardoso AL, Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. *Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo*, 2009;16(2)155-60.
- 15 Resende MAZ. Tentando compreender o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico a partir da fenomenologia existencial. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Pós-graduação. 2006. Disponível em <http://br.monografias.com>.
- 16 Tavallaii S, Nemati E, Vishteh HR, Farahani MA, Lankarani MM, Assara, S. Marital Adjustment in patients on long-term hemodialysis. *IJKD* 2009;3:156-61.
- 17 Marques FZC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres em diálise. Dissertação de mestrado, Porto Alegre: PUCRS, 2006;86: II Graf.tab.
- 18 Lopes GB, Martins MTS, Matos CM, Amorim JL, Leite EB, Miranda EA, et al . Comparações e medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev Assoc. Med Bras* 2007;53(6): 506-509.
- 19 Brito DCS. A orientação profissional como instrumento reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas e deficiências adquiridas. *Psicol. Em Ver, Belo Horizonte*. 2008;15(1):106-119.
- 20 Silveira CB, Olaia IK, Pantoja R, Silva ARM, Azevedo RN, Sá NB, Turiel MB, et AL Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém-Pará. *J. Bras nefrol* 2010;32(1) 39-44. Elsevier Ltda.

- 21 Castro MCM, Silveira ACB, Silva MV, Couto JL, Xagoraris M, Centeno JR et al. Inter-relações entre variáveis demográficas, perfil econômico, depressão, desnutrição e diabetes mellitus em pacientes em programa de hemodiálise. *J. Bras. Nefrol.* 2007; 29(3).
- 22 Silva LF, Guedes MVC, Moreira RP, Souza ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enf.* 2002;15(1).
- 23 Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto, MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev. Gaúcha de Enferm. Porto Alegre* 2008;29(4):647-53.
- 24 Almeida AM, Meleiro AMAS. Revisão: depressão e insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro. De Nefrologia* 2000;22, 21-29.
- 25 Thomas VC. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 2005;4(1)57-64.
- 26 Rudnicki T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos em psicol. Campinas* 2007; 24(3): 343-351.
- 27 Carvalho CA, Santos FR. O trabalho de prevenção e promoção da saúde com pacientes renais atendidos por equipe interdisciplinar: desafios e construções. *Ver APS* 2009; 12(3)311-317.