REME • Rev Min Enferm. 2026;30:e-1603
DOI: 10.35699/2316-9389.2026.64956

PESQUISA

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE NO AGRESTE PERNAMBUCANO

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS IN THE AGRESTE REGION OF PERNAMBUCO

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN EL AGRESTE DE PERNAMBUCO

Maria Aparecida de Souza Silva[1]
Leonardo Silva da Costa[2]
Tyago Acácio Ferreira de Andrade Feitosa[2]
Karol Lacava Cordeiro[2]
Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes[3]
Silvana Cavalcanti dos Santos[2]
Maria do Socorro Torres Galindo dos Santos[2]
Ana Carla Silva Alexandre[2]

[1]Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Hospital das Clínicas. Uberaba, MG - Brasil.

[2]Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, Departamento de Enfermagem. Pesqueira, PE - Brasil.

[3]Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Departamento de Enfermagem. Vitória de Santo Antão, PE - Brasil.

Autor Correspondente: Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes
***E-mail*:** ryannecarolynne@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Maria A. S. Silva; ***Coleta de Dados:*** Maria A. S. Silva; ***Conceitualização:*** Ana C. S. Alexandre; ***Gerenciamento do Projeto:*** Ana C. S. Alexandre; ***Investigação:*** Maria A. S. Silva, Ana C. S. Alexandre; ***Metodologia:*** Maria A. S. Silva, Ana C. S. Alexandre; ***Redação - Preparo do Original:*** Maria A. S. Silva, **Ana C. S. Alexandre; *Redação - Revisão e Edição:*** Leonardo S. Costa, Tyago A. F. A. Feitosa, Karol L. Codeiro, Ryanne C. M. G. Mendes, Silvana C. Santos, Maria S. T. G. Santos, Ana C. S. Alexandre; ***Software:*** Ana C. S. Alexandre; ***Supervisão:*** Ana C. S. Alexandre; ***Validação:*** Maria A. S. Silva, Leonardo S. Costa, Tyago A. F. A. Feitosa, Karol L. Codeiro, Ryanne C. M. G. Mendes, Silvana C. Santos, Maria S. T. G. Santos, Ana C. S. Alexandre; ***Visualização:*** Maria A. S. Silva, Leonardo S. Costa, Tyago A. F. A. Feitosa, Karol L. Codeiro, Ryanne C. M. G. Mendes, Silvana C. Santos, Maria S. T. G. Santos, Ana C. S. Alexandre.

Fomento: não houve financiamento.

Submetido em: 10/03/2026
Aprovado em: 21/07/2026

Editores Responsáveis:

Jose Wicto Pereira Borges
Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre fatores sociodemográficos e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico no Agreste pernambucano. **Métodos:** estudo transversal, quantitativo, realizado com 114 pacientes selecionados por amostragem por conveniência. Utilizou-se o Kidney Disease and Quality of Life Short Form, composto por 19 dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde. A análise foi realizada por meio do teste t de Student, adotando-se nível de significância de 95% ($p < 0,05$). Ademais, foi realizada análise descritiva, com medidas de tendência central e dispersão, bem como verificada a normalidade das variáveis por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. **Resultados:** os menores escores foram observados nas dimensões papel profissional (12,28), função física (14,91) e sobrecarga da doença renal (47,64). Foram observadas associações significativas entre a qualidade de vida relacionada à saúde e as variáveis sexo, faixa etária, cor da pele autodeclarada e ocupação ($p < 0,05$). Menores escores de qualidade de vida foram identificados entre pacientes do sexo feminino, com idade superior a 30 anos, autodeclarados brancos e que exerciam atividade laboral. **Conclusões:** conclui-se que os pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico no Agreste pernambucano apresentaram comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde, especialmente nos domínios papel profissional, função física e sobrecarga da doença renal.

Palavras-chave: Diálise Renal; Insuficiência Renal Crônica; Nefropatias; Unidades Hospitalares de Hemodiálise; Qualidade de Vida; Indicadores de Qualidade de Vida; Fatores Socioeconômicos; Estudos Transversais.

ABSTRACT

***Objective**: to analyze the association between sociodemographic factors and the quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in the Agreste region of Pernambuco. **Methods:** a quantitative cross-sectional study conducted with 114 patients selected through convenience sampling. The Kidney Disease and Quality of Life Short Form, comprising 19 dimensions of health-related quality of life, was used. The analysis was performed using Student's t-test, adopting a significance level of 95% ($p < 0.05$). In addition, descriptive analysis was performed using measures of central tendency and dispersion, and the normality of the variables was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. **Results:** the lowest scores were observed in the work status (12.28), role limitations due to physical health (14.91), and burden of kidney disease (47.64) dimensions. Significant associations were observed between health-related quality of life and the variables sex, age group, self-reported skin color, and occupation ($p < 0.05$). Lower quality of life scores were identified among female patients, those older than 30 years, those who self-identified as White, and those who were working. **Conclusions:** patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in the Agreste region of Pernambuco were found to have impaired health-related quality of life, particularly in the work status, role limitations due to physical health, and burden of kidney disease domains.*

***Keywords**: Renal Dialysis; Renal Insufficiency, Chronic; Kidney Diseases; Hemodialysis Units, Hospital; Quality of Life; Indicators of Quality of Life; Socioeconomic Factors; Cross-Sectional Studies.*

RESUMEN

***Objetivo**: analizar y asociar los factores sociodemográficos con la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Agreste de Pernambuco. **Métodos:** estudio transversal y cuantitativo, realizado con 114 pacientes seleccionados mediante muestreo por conveniencia. Se utilizó el Kidney Disease and Quality of Life Short Form, que comprende 19 dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud. El análisis se realizó mediante la prueba t de Student, con un nivel de significación del 95% ($p<0,05$). Asimismo, se realizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y dispersión, así como la comprobación de la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. **Resultados:** las puntuaciones más bajas se observaron en las dimensiones función laboral (12,28), función física (14,91) y carga de la enfermedad renal (47,64). Se observaron asociaciones significativas entre la calidad de vida relacionada con la salud y las variables sexo, grupo etario, color de piel autodeclarado y ocupación ($p<0,05$). Se identificaron puntuaciones más bajas de calidad de vida entre las pacientes de sexo femenino, las personas mayores de 30 años, aquellas que se autodeclararon blancas y quienes desempeñaban una actividad laboral. **Conclusiones:** los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el Agreste de Pernambuco presentaron un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en los dominios función laboral, función física y carga de la enfermedad renal.*

***Palabras clave:** Diálisis Renal; Insuficiencia Renal Crónica; Enfermedades Renales; Unidades*

Como citar este artigo:

Silva MAS, Costa LS, Feitosa TAFA, Cordeiro KL, Mendes RCMG, Santos SC, Santos MSTG, Alexandre ACS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no Agreste pernambucano. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2026[citado em ____ ___ __];30:e-1603. Disponível em: https://doi.org/10.35699/2316-9389.2026.64956

de Hemodiálisis en Hospital; Calidad de Vida; Indicadores de Calidad de Vida; Factores Socioeconómicos; Estudios Transversales.ww

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por lesão renal progressiva que compromete o funcionamento dos rins. Mundialmente, essa patologia constitui um grave problema de saúde pública, acometendo aproximadamente 850 milhões de pessoas, das quais cerca de 4 milhões necessitam de terapia de substituição renal[1,2]. Estima-se que, até 2050, a DRC se torne a quinta principal causa subjacente de morte no mundo. Sua forma mais grave é a insuficiência renal crônica, cujo tratamento, de acordo com a gravidade, é realizado por meio de diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal[1-3].

No Brasil, a DRC constitui um importante problema de saúde pública em razão da elevada morbimortalidade, dos custos assistenciais e do aumento progressivo do número de pessoas que necessitam de terapia renal substitutiva. Dados nacionais indicam um acréscimo de 58% na prevalência de pacientes em diálise na última década, reflexo tanto do envelhecimento populacional quanto da alta prevalência de condições associadas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus[4]. De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise, o número estimado de pacientes realizando terapia de substituição renal em 2020, no Brasil, foi de 144.779[5].

Entre esses tratamentos, a hemodiálise é a modalidade mais utilizada. Contudo, essa terapêutica pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, devido a diversas alterações fisiológicas e emocionais, como fadiga, náusea, vômito, dor, distúrbios do sono, ansiedade, depressão e alterações na imagem corporal[6]. Assim, a realização do tratamento pode repercutir negativamente na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), exigindo adaptações por parte dos pacientes[7,8].

Nesse contexto, a avaliação da QVRS destaca-se como um importante indicador complementar aos desfechos clínicos tradicionais, ao possibilitar a compreensão do impacto da doença e do tratamento nos aspectos físicos, emocionais, sociais e funcionais da vida dos pacientes. Além de subsidiar o planejamento do cuidado, a avaliação da QVRS permite direcionar intervenções voltadas à melhoria do bem-estar e da adaptação ao tratamento[9].

A equipe multiprofissional deve reconhecer a importância da avaliação da qualidade de vida durante todo o processo terapêutico, desde o esclarecimento sobre a doença para pacientes e familiares até a promoção do conforto e do auxílio necessários para a adaptação à enfermidade[9].

Resultados de estudos sobre QVRS em pacientes submetidos a tratamento hemodialítico podem contribuir para o entendimento da realidade vivida por pacientes renais crônicos e, consequentemente, subsidiar o planejamento e a implementação de estratégias para sua melhoria.

Embora existam estudos brasileiros que investigam a QVRS de pessoas com DRC em tratamento hemodialítico[10-12], ainda são escassas as evidências produzidas em municípios do interior nordestino, especialmente no Agreste pernambucano, região que apresenta características sociodemográficas, econômicas e de acesso aos serviços de saúde distintas de outros contextos do país. Dessa forma, conhecer a QVRS e sua associação com fatores sociodemográficos nessa população pode contribuir para o planejamento de ações assistenciais mais adequadas às necessidades locais e para o fortalecimento da atenção à saúde das pessoas com DRC. Portanto, torna-se necessária a realização deste estudo, que visa gerar informações relevantes para a assistência à saúde.

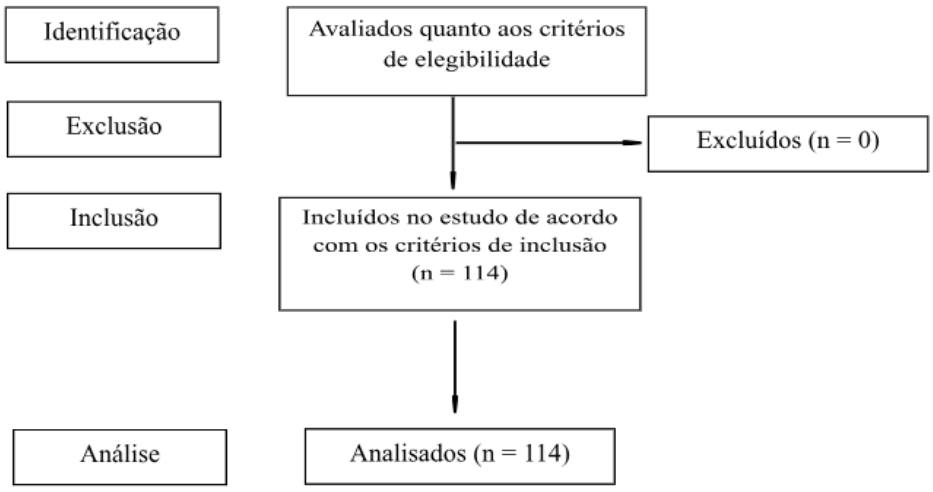
Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar e associar fatores sociodemográficos à QVRS de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico no Agreste pernambucano.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado em conformidade com as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). O estudo foi conduzido em uma unidade nefrológica de referência na região Agreste do estado de Pernambuco, Brasil. A população foi composta pelos pacientes desse serviço diagnosticados com DRC e em tratamento hemodialítico. Durante o período de coleta de dados, o serviço de hemodiálise contava com 400 pacientes regularmente acompanhados, os quais constituíram a população elegível. Destes, 114 atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, compondo a amostra final, selecionada por conveniência. A taxa de participação alcançou 28,5%, conforme apresentado na Figura 1

Foi utilizada amostragem não probabilística por conveniência, composta pelos pacientes elegíveis presentes no serviço durante o período de coleta. Considerando o delineamento e a estratégia de recrutamento adotados, não foi realizado cálculo amostral prévio. Foram incluídos pacientes diagnosticados com DRC, em tratamento hemodialítico e com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles sem capacidade cognitiva e aqueles cujo

Figura 1 – Fluxograma STROBE



Fonte: Elaborado pelos autores.

prontuário relatava neoplasias, síndrome da imunodeficiência adquirida ou hepatites virais, por serem condições que poderiam alterar as respostas. Recusas e perdas também foram considerados critérios de exclusão.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, utilizando questionários impressos, conduzidas por pesquisadores previamente treinados para a aplicação dos instrumentos. Dois pesquisadores participaram da coleta, seguindo procedimentos padronizados para abordagem dos participantes e registro das informações.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da clínica de hemodiálise, em local reservado, antes ou durante as sessões, de acordo com as condições clínicas e a disponibilidade dos participantes. Para garantir a privacidade e a confidencialidade das informações, as entrevistas ocorreram individualmente, sem a presença de terceiros não envolvidos na pesquisa, assegurando o sigilo dos dados coletados. Os questionários preenchidos foram identificados por códigos numéricos e armazenados em local seguro, acessível apenas à equipe de pesquisa.

Foram aplicados dois instrumentos: um questionário de caracterização do participante, composto por variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e cor autodeclarada) e variáveis clínicas (diagnósticos de patologias); e o instrumento *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF, versão 1.3), desenvolvido em 1997 pelo *World Health Organization Quality of Life Working Group*, validado e traduzido no Brasil em 2003. Este instrumento é composto por itens organizados em escalas tipo Likert de três, cinco, seis ou sete pontos, além de questões dicotômicas e categóricas. Os escores de cada domínio são transformados em uma escala de 0 a 100, na qual valores mais elevados indicam melhor percepção de qualidade de vida[13].

O KDQOL-SF 1.3 possui 19 dimensões de QVRS: sintomas/problemas; efeitos da doença renal; sobrecarga da doença renal; papel profissional; função cognitiva; qualidade da interação social; função sexual; sono; suporte social; estímulo da equipe de diálise; satisfação do paciente; funcionamento físico; função física; dor; saúde geral; bem-estar emocional; função emocional; função social; e energia/fadiga.

Neste estudo, o domínio função sexual não foi incluído na análise de dados devido ao reduzido número de respostas, o que comprometeria a representatividade e a comparabilidade dos resultados. Dessa forma, as análises descritivas e inferenciais foram conduzidas considerando-se 18 domínios da QVRS. Esses domínios foram avaliados separadamente e possuem escores que variam de 0 a 100 pontos. Quanto maior o escore (média), melhor a qualidade de vida[13].

Após a coleta, os dados foram digitados independentemente por dois pesquisadores em planilhas eletrônicas e submetidos ao procedimento de dupla entrada para verificação da consistência. As divergências identificadas foram conferidas nos instrumentos originais e corrigidas quando necessário. Posteriormente, o banco de dados foi validado, incluindo verificação de inconsistências, valores ausentes e possíveis erros de preenchimento, antes da realização das análises estatísticas

Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. Inicialmente, realizou-se análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão (média, mediana e

desvio padrão) para os domínios do KDQOL-SF. A normalidade da distribuição dos dados foi verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, complementada pela inspeção das medidas descritivas (média e mediana) e avaliação da assimetria dos escores. Para as variáveis com distribuição normal, utilizou-se o teste t de Student para comparação entre dois grupos independentes. Para os domínios com distribuição assimétrica, empregou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$) para todas as análises.

Foram respeitados os preceitos ético-legais da Resolução nº 466/2012, e a coleta de dados ocorreu após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Dos 114 participantes do estudo, houve predomínio do sexo masculino (59,6%), com maior frequência na faixa etária entre 30 e 60 anos (57,9%). Em relação à religião, predominou a católica (67,5%), seguida da evangélica (21,1%). Quanto à situação conjugal, prevaleceu o estado civil casado (47,4%). Em relação à escolaridade, verificou-se predomínio do ensino fundamental (64,1%), seguido do ensino médio (21,1%). Além disso, 12,3% dos participantes eram analfabetos e apenas 2,7% possuíam ensino superior. A maioria residia na zona urbana (71,9%). Quanto à situação ocupacional, 40,4% estavam trabalhando, 28,1% eram aposentados e 24,6% recebiam auxílio-doença. Em relação à renda familiar, observou-se predomínio de renda mensal de até um salário-mínimo (85,1%), conforme apresentado na Tabela 1.

De acordo com os escores do KDQOL-SF$_{TM}$ versão 1.3, observou-se melhor percepção da QVRS nos domínios qualidade da interação social (85,50), suporte social (84,36) e função cognitiva (80,99). Por outro lado, os menores escores foram identificados nos domínios papel profissional (12,28), limitação por aspectos físicos (14,91) e sobrecarga da doença renal (47,64), indicando maior comprometimento dessas dimensões. Adicionalmente, os domínios funcionamento físico (56,05), energia/fadiga (58,90) e saúde geral (52,63) também apresentaram escores inferiores aos demais, conforme Tabela 2.

Na análise dos domínios da QVRS segundo sexo e faixa etária, as mulheres apresentaram escores inferiores nos domínios sono (61,00; $p=0,02$), funcionamento físico (47,77; $p=0,02$), dor (50,94; $p<0,001$), bem-estar emocional (66,13; $p=0,03$) e energia/fadiga (50,88; $p=0,01$). Em relação à faixa etária, indivíduos com 30 anos ou mais apresentaram menor escore no domínio limitação por aspectos físicos (13,34; $p=0,04$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos demais domínios avaliados, conforme Tabela 3.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e socioeconômico de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico. Caruaru, PE - Brasil, 2020 (n=114).

Variável		n	%
Faixa etária (anos)			
	< 30	10	8,8
	30–60	66	57,9
	> 60	38	33,3
Sexo			
	Masculino	68	59,6
	Feminino	46	40,4
Religião			
	Católica	77	67,5
	Evangélica	24	21,1
	Espírita	1	0,9
	Nenhuma	12	10,5
Situação conjugal			
	Solteiro(a)	39	34,2
	Casado(a)	54	47,4
	Divorciado(a)	10	8,8
	Viúvo(a)	8	7,0
	Outro	3	2,6
Escolaridade			
	Analfabeto	14	12,3
	Ensino fundamental	73	64,1
	Ensino médio	24	21,1
	Ensino superior	3	2,7
Localização da residência			
	Rural	32	28,1
	Urbana	82	71,9
Situação ocupacional			
	Trabalhando	46	40,4
	Auxílio-doença	28	24,6
	Aposentado(a)	32	28,1
	Desempregado(a)	8	6,0
	Do lar	1	0,9
Renda familiar (salário-mínimo)			
	≤ 1	97	85,1
	2–5	15	13,2
	> 5	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 – QVRS de pacientes com DRC segundo o KD-QOL-SF$_{TM}$1.3. Caruaru, PE, Brasil, 2020 (n = 114)

Domínio	Média	Mediana	DP
Qualidade da interação social	85,50	93,33	19,68
Suporte social	84,36	100,00	29,52
Função cognitiva	80,99	86,67	22,46
Sintomas/problemas	78,84	83,33	16,66
Estímulo da equipe de diálise	78,62	87,50	21,47
Bem-estar emocional	72,56	80,00	26,56
Efeitos da doença renal	72,48	73,44	19,25
Função social	69,19	75,00	26,46
Sono	67,81	75,00	25,94
Satisfação do paciente	67,40	66,67	22,11
Dor	67,35	70,00	34,27
Limitação por aspectos emocionais	66,08	100,00	44,56
Energia/fadiga	58,90	65,00	27,19
Domínio	Média	Mediana	DP
Funcionamento físico	56,05	60,00	60,00
Saúde geral	52,63	50,00	50,00
Sobrecarga da doença renal	47,64	50,00	50,00
Limitação por aspectos físicos	14,91	0,00	0,00
Papel profissional	12,28	0,00	0,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Observaram-se diferenças entre os domínios da QVRS e as variáveis cor/raça e ocupação. Participantes autodeclarados brancos apresentaram escores inferiores no domínio sono, quando comparados àqueles autodeclarados pretos e pardos (58,53 versus 73,01; p<0,001). Em relação à ocupação, indivíduos que exerciam atividade laboral apresentaram escores inferiores nos domínios sintomas/problemas (74,60 versus 81,91; p=0,02), dor (57,39 versus 74,58; p<0,001) e limitação por aspectos emocionais (47,22 versus 79,79; p<0,001). Por outro lado, participantes que não exerciam atividade laboral apresentaram escores superiores no domínio função social (75,00 versus 64,96; p=0,04), conforme demonstrado na Tabela 4.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram um perfil sociodemográfico caracterizado pelo predomínio de homens, adultos e idosos, baixa escolaridade e elevada vulnerabilidade socioeconômica. A predominância masculina observada está de acordo com estudos internacionais. Dados da China mostram que 59,6% a 60,7% dos pacientes em hemodiálise são homens, enquanto estudos brasileiros e de outros países também relatam maior prevalência masculina nessa população[14,15].

A maior incidência e progressão da DRC entre homens está relacionada ao risco aumentado de evolução da doença, declínio mais acelerado da taxa de filtração glomerular e maior mortalidade cardiovascular em comparação às mulheres. Ademais, fatores de gênero, como a menor procura por serviços de saúde e menor conscientização sobre a doença entre os homens, contribuem para o diagnóstico tardio e rápida progressão da enfermidade[16].

A baixa escolaridade identificada pode representar um fator adicional de vulnerabilidade, uma vez que níveis educacionais inferiores estão associados a dificuldades na compreensão das orientações terapêuticas, adesão ao tratamento e desenvolvimento do autocuidado. A literatura internacional confirma que pacientes em hemodiálise frequentemente apresentam baixa escolaridade (a maioria dos pacientes possui ensino médio ou menor escolaridade[14,17]. A baixa escolaridade pode estar associada a dificuldades na compreensão das orientações terapêuticas e menor adesão ao tratamento, configurando um fator de vulnerabilidade adicional.

Paralelamente, a elevada proporção de indivíduos com renda familiar de até um salário mínimo reforça as desigualdades socioeconômicas que podem influenciar o acesso aos serviços de saúde, a continuidade do tratamento e a percepção da QVRS. A privação socioeconômica constitui importante fator de risco para o declínio da função renal, especialmente entre mulheres, embora afete ambos os sexos. Barreiras socioeconômicas e culturais resultam em menor acesso aos cuidados de saúde, menor vigilância da doença e desigualdades no início da terapia renal substitutiva[16,18].

Os resultados deste estudo evidenciaram comprometimento da QVRS de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, especialmente nos domínios sobrecarga da doença renal, função física e papel profissional, que apresentaram os menores escores entre as dimensões avaliadas. Esses achados sugerem que, além das repercussões clínicas da doença, os pacientes enfrentam limitações expressivas no cotidiano, relacionadas à dependência do tratamento, restrições impostas pela condição de saúde e dificuldades para manter atividades laborais e funcionais.

A sobrecarga da doença renal apresentou escore baixo (47,64), o que evidencia o impacto que a DRC e a hemodiálise exercem sobre a vida dos indivíduos. A necessidade de comparecimento frequente às sessões dialíticas, restrições alimentares e hídricas, dependência de cuidados contínuos e incertezas quanto à evolução

Tabela 3 – Associação entre os domínios da QVRS e sexo e faixa etária de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico segundo o KDQOL-SF -SF$_{TM}$. Caruaru, Pernambuco, Brasil, 2020 (n=114)

Domínios do KDQOL-SF	Sexo		*p*	Idade		*p*
	Masculino	Feminino		< 30	≥ 30	
Sintomas/problemas	81,43	74,86	0,39	78,59	78,86	0,09
Sono	72,24	61,00	0,02	72,50	67,30	0,53
Funcionamento físico	61,44	47,77	0,02	67,27	54,85	0,20
Limitação por aspectos físicos	14,13	16,11	0,68	29,54	13,34	0,04
Dor	78,04	50,94	<0,001	72,27	66,82	0,61
Bem-estar emocional	76,75	66,13	0,03	67,27	73,12	0,49
Limitação por aspectos emocionais	61,83	72,59	0,20	66,66	66,01	0,96
Função social	70,65	66,94	0,46	75,00	68,56	0,44
Energia/fadiga	64,13	50,88	0,01	60,45	58,73	0,84

Fonte: Dados da pesquisa
Nota: Os valores correspondem aos escores médios dos domínios do KDQOL-SF. Para as variáveis com distribuição normal, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. Para o domínio limitação por aspectos físicos, que apresentou distribuição assimétrica, empregou-se o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% (p<0,05).

Tabela 4 – Associação entre os domínios da QVRS, cor/raça e ocupação de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico segundo o KDQOL-SF -SF$_{TM}$. Caruaru, Pernambuco, Brasil, 2020 (n=114)

Domínios do KDQOL-SF$_{TM}$	Cor/raça		*p*	Ocupação		*p*
	Brancos	Pretos e pardos		Trabalha	Não trabalha	
Sintomas/problemas	78,76	78,88	0,97	74,60	81,91	0,02
Sono	58,53	73,01	<0,001	65,93	69,16	0,51
Funcionamento físico	50,12	59,38	0,12	53,33	58,03	0,42
Limitação por aspectos físicos	11,58	16,78	0,29	17,70	12,87	0,31
Dor	63,17	69,69	0,33	57,39	74,58	<0,001
Bem-estar emocional	74,14	71,67	0,63	74,16	71,39	0,58
Limitação por aspectos emocionais	73,98	61,64	0,15	47,22	79,79	<0,001
Função social	68,59	69,52	0,85	64,96	75,00	0,04
Energia/fadiga	56,21	60,41	0,43	58,12	59,46	0,79

Fonte: Dados da pesquisa.
Nota: Os valores correspondem aos escores médios dos domínios do KDQOL-SF. Para as variáveis com distribuição normal, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. Para o domínio limitação por aspectos físicos, que apresentou distribuição assimétrica, empregou-se o teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% (p<0,05).

da doença podem contribuir para maior percepção de sobrecarga física, emocional e social. Estudos nacionais e internacionais demonstram que a dependência do tratamento e as limitações impostas pela doença são fatores determinantes para a redução da QVRS em pacientes em hemodiálise[19,20].

No que se refere à função física, o baixo escore (14,91) pode estar relacionado à presença de fadiga, perda de força muscular, limitações funcionais e redução da capacidade para realização de atividades de vida diária, condições frequentemente relatadas por indivíduos com DRC em terapia dialítica. Tais alterações decorrem tanto da progressão da doença como das repercussões do tratamento, comprometendo a autonomia e a participação social dos pacientes[21,22].

Além disso, o domínio papel profissional apresentou o menor escore (12,28), indicando que a DRC e a hemodiálise podem interferir significativamente na inserção e permanência no mercado de trabalho. A frequência das sessões dialíticas, as limitações físicas e os sintomas associados à doença dificultam frequentemente o desempenho ocupacional, resultando, por vezes, em afastamento laboral e diminuição da renda familiar[23].

Um estudo internacional revelou que 54,6% das pessoas com DRC perderam seus empregos após iniciar a hemodiálise, devido à frequência elevada de ausências ao trabalho. Além disso, o mesmo estudo relatou baixa taxa de emprego entre pacientes com DRC, mesmo antes do início da hemodiálise[24]. Uma outra pesquisa apontou que a QVRS foi maior nos que trabalhavam. Os autores atribuíram ao benefício desses pacientes desviarem o foco de sua doença renal, além da convivência e interação social obtida no trabalho, as quais podem elevar sua capacidade de enfrentamento das dificuldades[25].

As dimensões qualidade da interação social e suporte social, considerados mecanismos fundamentais de apoio na adaptação ao tratamento e aos efeitos da doença sobre a vida dos pacientes renais crônicos, apresentaram melhores escores (85,50 e 84,36, respectivamente) dentre os resultados de QVRS. Um estudo traz que os aspectos sociais de indivíduos sob terapia renal substitutiva contribuem para o aumento da satisfação com o tratamento, do autocuidado e, consequentemente, da QVRS[26]. Esses resultados ressaltam a importância do olhar da equipe multiprofissional para os aspectos biopsicossociais, para promover estratégias mais eficazes à socialização.

Tanto a DRC quanto o tratamento hemodialítico podem reduzir a QVRS do paciente e de seus familiares[19]. Neste estudo, as mulheres apresentaram qualidade de vida mais prejudicada em comparação aos homens. A pior percepção da qualidade de vida entre mulheres pode estar relacionada, entre outros fatores, à maior ocorrência de sintomas emocionais descrita na literatura para pacientes com doenças crônicas[27]. Entretanto, essa associação deve ser interpretada à luz dos fatores biológicos, psicossociais e culturais que influenciam a experiência do adoecimento e a percepção de saúde.

Adicionalmente, pacientes com idade acima de 30 anos apresentaram pior QVRS no domínio função física. Um estudo mostra que pessoas que realizam o tratamento hemodialítico apresentam menor prática de atividade física, força, consumo energético e qualidade de sono, corroborando os achados deste estudo[28].

É notável que diferentes aspectos fisiológicos, emocionais e sociais impactam significativamente as dimensões de qualidade de vida do paciente em tratamento hemodialítico. Trata-se de um processo contínuo, doloroso e causador de mudanças na vida dos indivíduos, ainda que imprescindível para a manutenção de suas vidas[29].

Dessa forma, o indivíduo sob terapia renal substitutiva enfrenta rigorosos desafios na busca por qualidade de vida, o que reforça a responsabilidade da equipe de saúde em fundamentar suas práticas em nefrologia. Faz-se necessária uma mudança de perspectiva, com novos olhares em direção ao paciente renal, que possui necessidades básicas de vida e convivência, apesar de seu estado crônico e da vulnerabilidade.

Este estudo apresentou como principais limitações não permitir analisar a relação causa/efeito, bem como a realização em apenas um serviço referência de uma mesorregião do estado de Pernambuco. No entanto, análises dessa natureza podem subsidiar a prática baseada em evidências das equipes de saúde, pois tratam diretamente da qualidade de vida do paciente. Ao identificar tais cenários, é possível promover conforto, incentivar o autocuidado e estimular a resiliência durante o tratamento.

Além das limitações já apresentadas, os resultados do estudo devem ser interpretados considerando algumas questões metodológicas. A utilização de amostragem não probabilística por conveniência pode limitar a representatividade da amostra e, consequentemente, a generalização dos achados para outras populações em hemodiálise. Ademais, por tratar-se de um estudo unicêntrico, os resultados refletem características específicas do contexto investigado, podendo diferir de outras regiões e serviços de saúde. Deve-se também considerar o possível viés de sobrevivência, visto que pacientes com maior gravidade clínica ou que evoluíram para óbito antes da coleta de dados não foram incluídos, o que pode ter influenciado a avaliação da QVRS.

Outra limitação refere-se à ausência de controle analítico para comorbidades e outras variáveis clínicas potencialmente associadas à QVRS, bem como à não realização de análise multivariada, impossibilitando avaliar a influência independente dos fatores sociodemográficos investigados. Apesar dessas restrições, o estudo contribui para a compreensão da QVRS relacionada à saúde de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico em uma região ainda pouco explorada pela literatura científica.

Os resultados desta pesquisa enfatizam a necessidade de maior atenção aos fatores relacionados à QVRS de pacientes em tratamento hemodialítico, podendo subsidiar novas possibilidades para uma assistência nefrológica voltada à melhora dessa qualidade de vida. Recomenda-se que novos estudos sejam realizados, particularmente aqueles que investiguem os efeitos do tratamento sobre a QVRS.

CONCLUSÃO

Conclui-se que pacientes com DRC em tratamento hemodialítico no Agreste pernambucano apresentaram comprometimento da QVRS, especialmente nos domínios

papel profissional, função física e sobrecarga da doença renal. Além disso, foram identificadas associações entre características sociodemográficas e diferentes dimensões da qualidade de vida, evidenciando a influência de fatores como sexo, faixa etária, cor/raça e ocupação sobre a percepção de saúde desses indivíduos. Esses resultados reforçam a importância de uma assistência integral e individualizada, que considere não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também as características sociodemográficas que podem impactar a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.

Os achados reforçam a importância da avaliação sistemática da QVRS na prática assistencial, pois isso permite a identificação precoce de necessidades específicas e o planejamento de cuidados individualizados. Para a enfermagem, os resultados evidenciam a necessidade de intervenções voltadas à manutenção da capacidade funcional, ao enfrentamento das repercussões psicossociais da doença e ao fortalecimento da participação ocupacional e social dos pacientes, contribuindo para a melhoria da QVRS e do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

1. Herrington WG, Judge PK, Grams ME, Wanner C. Chronic kidney disease. Lancet [Internet]. 2026 [citado em 2026 mar. 08];407(10523):90-104. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41314225/
2. Jadoul M, Aoun M, Imani MM. The major global burden of chronic kidney disease. Lancet Glob Health [Internet]. 2024 [citado em 2026 mar. 08];12(3):e342-3. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00050-0/fulltext
3. Francis A, Harhay MN, Ong AC, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al. Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus. Nat Rev Nephrol [Internet]. 2024 [citado em 2026 mar. 08];20(7):473-85. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41581-024-00820-6
4. Gouvêa EDCDP, Szwarcwald CL, Damacena GN, Moura LD. Self-report of medical diagnosis of chronic kidney disease: prevalence and characteristics in the Brazilian adult population, National Health Survey 2013 and 2019. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2022 [citado em 2026 jun. 12];31:e2021385. Disponível em: https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200017.especial
5. Bauer AC, Elias RM, Abensur H, Batista MC, Jansen AM, Riella MC. Chronic kidney disease in Brazil: current status and recommended improvements. Kidney Dis [Internet]. 2024 [citado em 2026 mar. 08];10(3):213-23. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11149994/
6. Santos ALJ, Lopes FWDMS, Brito LS, Costa PHS, Santos SKS, Oliveira RCS, et al. A atuação do enfermeiro na qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. Rev Ibero-Am Hum Cienc Educ [Internet]. 2024 [citado em 2026 jun. 12];10(6):3852-70. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v10i6
7. Garcia PRS, Souza EF, Oliveira PJM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise no Norte de Mato Grosso. Sci Elec Arch [Internet]. 2022 [citado em 2026 mar. 08];15(8):36-43. Disponível em: https://doi.org/10.36560/15820221567
8. Yonata A, Islamy N, Taruna A, Pura L. Factors affecting quality of life in hemodialysis patients. Int J Gen Med [Internet]. 2022 [citado em 2026 mar. 08];15:7173-8. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9480587/
9. Vieira IF, Godinho MLSC, Resck ZMR, Nogueira DA, Freitas PS, Terra FS. Factors associated with treatment adherence among individuals with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Rev Rene [Internet]. 2026 [citado em 2026 jun. 12];27:e96259. Disponível em: https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796259
10. Lima JBA, Leitão LCP, Jedlicka LDL. Percepção sobre a qualidade de vida de portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico em uma cidade do Norte do Brasil. Rev Saúde Colet UEFS [Internet]. 2024 [citado em 2026 jun. 12];14(2):e9613. Disponível em: https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v14i2.9613
11. Rodrigues AKS, Lucietto GC, Cabral JF, Comin FS. Quality of life of the elderly undergoing hemodialysis. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2022 [citado em 2026 jun. 12];36:1-12. Disponível em: https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44314
12. Barello S, Anderson G, Acampora M, Bosio C, Guida E, Irace V, et al. The effect of psychosocial interventions on depression, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients: a systematic review and a meta-analysis. Int Urol Nephrol [Internet]. 2023 [citado em 2026 mar. 08];55(4):897-912. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11255-022-03374-3
13. Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SFTm questionnaire. Qual Life Res [Internet]. 2020 [citado em 2026 jun. 12];9(2):195-205. Disponível em: https://doi.org/10.1023/A:1008933621829
14. Yao XY, Wang Y, Liu ZJ, Li YQ, Fan XL. Influencing factors of resource utilisation in haemodialysis patients based on socio-ecological pyramid model. J Clin Nurs [Internet]. 2022 [citado em 2026 jun. 12];31(5-6):770-80. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocn.15935
15. Ricardo AC, Yang W, Sha D, Appel LJ, Chen J, Krousel-Wood M, et al. Sex-Related Disparities in CKD Progression. J Am Soc Nephrol [Internet]. 2019 [citado em 2026 jun. 12];30(1):137-46. Disponível em: https://doi.org/10.1681/ASN.2018030296
16. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero JJ, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. Lancet [Internet]. 2020 [citado em 2026 jun. 12];396(10250):565-82. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0 w
17. Shih C-Y, Huang C-Y, Huang M-L, Chen C-M, Lin C-C, Tang F-I. The association of sociodemographic factors and needs of haemodialysis patients according to Maslow's hierarchy of needs. J Clin Nurs [Internet]. 2019 [citado em 2026 jun. 12];28:270-8. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jocn.14532
18. Sullivan MK, Lees JS, Rosales BM, Cutting R, Wyld ML, Woodward M, et al. Sex and the relationship between Cardiometabolic Risk

Factors and Estimated GFR Decline: a population-based cohort study. Am J Kidney Dis [Internet]. 2024 [citado em 2026 jun. 12];84(6):731-41. Disponível em: https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2024.05.007

19. Alkhaqani A. Psychological impact of chronic kidney disease and Hemodialysis: Narrative review. Psychosom Med Res [Internet]. 2022 [citado em 2026 jun. 12];4(2):1-5. Disponível em: https://doi.org/10.53388/202209

20. Amthauer C. Repercussões da hemodiálise na qualidade de vida de doentes renais crônicos. J Nur Health [Internet]. 2025 [citado em 2026 jun. 12];15(1):e1527283. Disponível em: https://doi.org/10.15210/jonah.v15i1.27283

21. Lopes DS, Valladão MF, Duarte H, Paro FM, Moulim MCB, Wittmer VL. Quality of life, musculoskeletal symptoms, and physical activity level in patients with chronic kidney disease on regular hemodialysis: a cross-sectional study. J Human Growth Dev [Internet]. 2025 [citado em 2026 jun. 12];35(03):431-40. Disponível em: https://doi.org/10.36311/jhgd.v35.18279

22. Sanchez YP, Romero RA, Campbell SM, Thompson S, Bohm C, MacRae J, et al. The Impact of hemodiafiltration versus hemodialysis on uremic symptoms, physical function: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Kidney Med [Internet]. 2025 [citado em 2026 jun. 12];101100. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.xkme.2025.101100

23. Cabral ALT, Barbosa BB, Adriano LS, Carioca AAF, Silva Junior GB. Percepção dos pacientes com doença renal crônica sobre os impactos do tratamento na atividade profissional. New Trends Qual Res [Internet]. 2023 [citado em 2026 jun. 12];1:1-13. Disponível em: https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e884

24. Motiei M, Attarchi M, Ramezanzadeh E. The effect of workability-related factors in patients with end-stage kidney disease undergoing hemodialysis. BMC Nephrol [Internet]. 2024 [citado em 2026 jun. 12];25(1):460. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12882-024-03904-4

25. Menegazzo NCS, Kitzberger I, Gauza MM, Fronza CS, Soares AV, Lima HN. Desafios na atividade laboral de pacientes em hemodiálise e sua associação com a qualidade de vida. Mundo Saúde [Internet]. 2023 [citado em 2026 mar. 08];47:e14092022. Disponível em: https://doi.org/10.15343/0104-7809.202246321330

26. Gomes SS, Gama BMBDM, Pinto PS, Godinho MR. Nursing in the guidance about the self-care of patients in hemodialysis. Rev Enferm Cent-Oeste Min [Internet]. 2022 [citado em 2026 jun. 12];12:4337. Disponível em: http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4337

27. Silva-Santos NB, Trindade LHS, Matheus FAV, Magalhães JRF, Bulhões TMP, Silva AF. Experiência de mulheres em hemodiálise acerca do apoio social familiar. Enferm Nefrol [Internet]. 2025 [citado em 2026 mar. 08];28(4):310-8. Disponível em: https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842025031

28. Teixeira GV, Borges S. Avaliação do perfil de sono, qualidade da dieta e função física de indivíduos em hemodiálise. Braspen J [Internet]. 2023 [citado em 2026 mar. 08];38(1):1-10. Disponível em: https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2023.38.1.04

29. Flores JCA, Carrasco JC, Osuna MC, Corrales SG, Cruz FM, Acosta MEH. Quality of life and self-care among Mexican adults undergoing hemodialysis in a hospital Calidad de vida y autocuidado adultos mexicanos con tratamiento de hemodiálisis en un hospital Rev Chil Enferm [Internet]. 2024 [citado em 2026 jul. 04];6:76282. Disponível em: https://doi.org/10.5354/2452-5839.2024.76282

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Attribution.