

Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise
Quality of life of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis

Naftali Duarte do Bonfim Gomes¹

Stella Costa Valdevino²

Natália Pessoa da Rocha Leal³

Cláudia Jeane Lopes Pimenta⁴

Tiago José Silveira Teófilo⁵

Cleane Rosa Ribeiro da Silva⁶

Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa⁷

1. Enfermeira. Bacharel e Licenciada em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: nafbonfim@hotmail.com
2. Enfermeira. Mestre, Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: stellacvaldevino@yahoo.com.br
3. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: nataliapessoad@hotmail.com
4. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: claudinhajeane8@hotmail.com
5. Enfermeiro. Mestre em Clínica Médica. Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: tiagojosest@yahoo.com.br
6. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: cleane_rosas@hotmail.com
7. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba/Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem Clínica. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br

RESUMO

Este artigo objetiva avaliar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 40 pessoas em tratamento hemodialítico em um centro de referência. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista, utilizando instrumento semiestruturado e WHOQOL-bref. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas. O domínio Relações sociais apresentou a maior média (63,7) e o domínio Físico sofreu maior prejuízo na qualidade de vida, exibindo média de 45,4. Foi evidenciada uma redução na qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos a terapia renal substitutiva, sendo necessário que o profissional de saúde esteja preparado para cuidar dos problemas e dificuldades enfrentadas por essas pessoas. No âmbito da assistência em nefrologia, esta pesquisa propicia uma reflexão acerca de intervenções que visem melhorar a qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico.

Palavras-chave: Enfermagem em Nefrologia; Doença Crônica; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This article aims to evaluate the quality of life of patients with chronic renal failure in hemodialysis treatment. This is a cross-sectional and descriptive study, with a quantitative approach, performed with 40 people on hemodialysis treatment in a reference center. Data were collected through an interview using a semi-structured instrument and WHOQOL-bref. No statistically significant associations were found between quality of life and sociodemographic variables. The Social relations domain presented the highest mean (63.7) and the Physical domain suffered the greatest loss of quality of life, with an average of 45.4. It was evidenced a reduction in the quality of life of chronic renal patients submitted to renal replacement therapy, being necessary that the health professional be prepared to take care of the problems and difficulties faced by these people. In the context of care in nephrology, this research provides a reflection on interventions aimed at improving the quality of life of patients undergoing hemodialysis treatment.

Keywords: Nursing in Nephrology; Chronic disease; Quality of life.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é um grave problema de saúde pública, com altas taxas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo decorrente, principalmente, de hipertensão arterial e diabetes mellitus¹⁻². Apresentando magnitude crescente, a IRC teve taxa de prevalência global estimada em 11 a 13% em 2016³. No Brasil, a incidência de IRC vem aumentando de forma rápida, somente em 2016 foram internadas 104.553 pessoas por complicações relacionadas à IRC, o que gerou um gasto de aproximadamente R\$ 374 milhões para o poder público⁴.

Em estágios iniciais, a IRC pode ser controlada com medicamentos, contudo, a maior parte das pessoas é diagnosticada apenas em fases mais avançadas da doença, o que requer tratamento por meio de terapia substitutiva renal (TSR)⁵⁻⁶. A hemodiálise é a TSR mais utilizada, podendo ser necessária três ou mais sessões por semana, em um período de até quatro horas, cada sessão⁶.

Na América Latina, os registros dessa terapêutica em doentes renais crônicos terminais, até 2010, mostram um aumento da prevalência do tratamento de 119 pacientes por milhão de população (ppm) em 1991, para 413 ppm em 2010^{3,7}. Embora seja imprescindível para a saúde dessas pessoas, a hemodiálise provoca o comprometimento de

diversos aspectos do seu cotidiano, em decorrência principalmente do tempo dispendido para as sessões e para as constantes consultas médicas e exames laboratoriais, além da necessidade de dietas restritas, das dificuldades para o desenvolvimento de determinadas atividades, entre outros⁸⁻⁹.

A indicação do tratamento hemodialítico pode interferir de forma significativa no dia a dia do paciente, gerando sofrimento e causando impactos negativos sobre sua qualidade de vida (QV)^{6,10}. A QV é um fenômeno bastante discutido na área da saúde, com pesquisas envolvendo os mais diversificados públicos. A Organização Mundial da Saúde criou na década de 1980 o WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group), com intuito de produzir estudos que pudessem analisar a QV em diversas partes do mundo. O referido grupo definiu a QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto de sua cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{11:1405}.

Diante da importância da avaliação da QV, surgiram inúmeros instrumentos para mensurá-la, dentre os quais destaca-se o WHOQOL-100, que possui cem perguntas referentes à seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio

ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Posteriormente, foi elaborada a versão abreviada (WHOQOL-bref), que também apresenta, de forma bastante ampla, questões relacionadas à satisfação com a QV, envolvendo o aspecto individual e coletivo¹².

Estudos sobre a qualidade de vida de pacientes com IRC em tratamento hemodialítico são escassos no Brasil. Em revisão publicada em 2013, foram identificados apenas três estudos nesta área no país e sua concentração ocorreu em estados das Regiões Sul e Sudeste. Em todos os estudos observou-se maior comprometimento para o domínio físico, ou seja, menor escore médio a ser comparado com os demais domínios da qualidade de vida. Em relação aos aspectos com menor comprometimento, ou com maiores escores para a QV, foi identificado que em dois estudos as relações sociais e aspectos psicológicos, principalmente para a faceta imagem corporal e aparência, houve maior significância¹³.

Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de estudos sobre a frequência e severidade da IRC, com intuito de estudar o impacto da doença e de sua terapêutica na vida das pessoas, buscando a identificação dos aspectos do seu cotidiano que estão sendo afetados. Estudos que analisem este fenômeno, podem subsidiar o

desenvolvimento de intervenções voltadas para a promoção de saúde e incremento na QV desses pacientes. Assim, o presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um centro de referência em hemodiálise no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil que presta atendimento conveniado ao Sistema Único de Saúde. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e maio de 2016. A população investigada foi composta pelas pessoas em tratamento hemodialítico no referido serviço. Para a coleta de dados, os participantes foram abordados na sala de espera do ambulatório de hemodiálise.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, não apresentar complicações relacionadas à IRC no momento da coleta e estar em tratamento há pelo menos seis meses ininterruptos antes da data da coleta. Os critérios de exclusão foram: pacientes que estivessem sem condições de saúde para responder aos pesquisadores no momento da coleta de dados e os pacientes com complicações relacionadas à IRC, as quais envolvessem o comprometimento dos

sistemas neurológico, cardiovascular, digestivo, ósseo, tegumentar, entre outros.

O cálculo para populações finitas com proporção conhecida foi utilizado para a amostragem, com base em uma margem de erro de 5,0% (Erro=0,05), grau de confiabilidade de 95,0% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$) e proporção $p=92,0\%$. Assim, obteve-se uma amostra de 40 participantes

O perfil dos sujeitos foi identificado mediante instrumento semiestruturado com informações relativas às características demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e renda) e à presença de comorbidade associada à IRC. A QV foi avaliada por meio do WHOQOL-bref, que possui 26 itens, sendo os dois primeiros relacionados à QV geral e os vinte e quatro demais categorizados em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os escores da QV são representados em uma escala de zero a 100, em que quanto mais próximo do valor máximo, maior é a QV¹².

Os dados coletados foram compilados, armazenados e analisados com o programa Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. Concluídas a digitação e a verificação da consistência do material, as medidas de distribuição foram calculadas, como frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central, e realizada a análise descritiva das variáveis. Foram utilizados os

testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para associar os resultados obtidos, em virtude da amostra não apresentar distribuição normal, avaliada mediante a utilização do teste de Shapiro-Wilk.

O estudo respeitou todos os aspectos éticos e legais pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sobparecer nº 1.459.768.

RESULTADOS

Os pacientes entrevistados apresentaram baixa QV, correspondendo a uma média de 56,38. AQV foi maior entre os indivíduos do sexo feminino (57,73), idosos (59,20), casados (63,50), com nove anos de estudo (59,05), aposentados (58,74) e que possuíam renda entre um a três salários mínimos(56,94). Não foram identificadas associações estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre a QV e as variáveis sociodemográficas (Tabela 1).

Tabela 1. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de pacientes em tratamento de hemodiálise, João Pessoa, 2017.

Variáveis	Qualidade de Vida		Valor p
	Média	Desvio Padrão	
Sexo			
Masculino	55,16	7,82	0,336*
Feminino	57,73	6,11	
Faixa etária			
Adulto	55,67	7,40	0,171*
Idoso	59,20	5,11	
Estado civil			
Solteiro	56,85	6,08	0,732**
Casado	63,50	13,36	
Divorciado	55,38	7,23	
Viúvo	53,97	9,24	
Escolaridade			
Analfabeto	50,26	5,99	0,219**
Inferior a 6 anos de estudo	55,81	6,88	
6 anos de estudo	58,25	8,43	
7 anos de estudo	59,05	4,13	
Mais de 9 anos de estudo	54,99	7,58	
Situação profissional			
Aposentado	58,74	6,96	0,705**
Desempregado	53,03	10,58	
Autônomo	56,60	-	
Renda mensal			
Menor que um salário mínimo	51,28	9,32	0,191*
De um a três salários mínimos	56,94	6,72	
Total	56,38	7,09	

* Teste Mann-Whitney; ** Teste Kruskal-Wallis.

Em relação à presença de comorbidades associadas à IRC, as médias da QV foram maiores entre os pacientes que não apresentavam hipertensão arterial sistêmica (58,00) ou diabetes mellitus (56,78). Não foram observadas associações estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre a QV e a presença/ausência de comorbidades (Tabela 2).

Tabela 2. Qualidade de vida e presença/ausência de comorbidade em

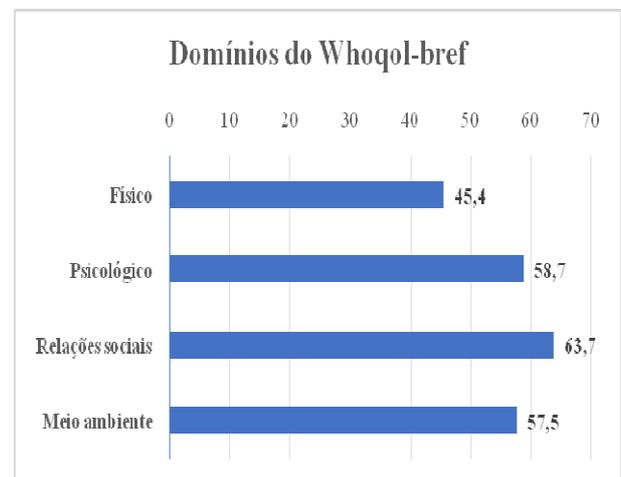
pacientes em tratamento de hemodiálise, João Pessoa, 2017.

Comorbidade	Qualidade de Vida		Valor p*
	Média	Desvio Padrão	
Hipertensão arterial sistêmica			
Sim	56,09	6,58	0,570*
Não	58,00	10,12	
Diabetes Mellitus			
Sim	55,45	7,77	0,825*
Não	56,78	6,88	

* Teste Mann-Whitney.

No que tange a análise do WHOQOL-bref, evidencia-se que o domínio “Relações sociais” apresentou a maior média (63,7) e o domínio “Físico” sofreu maior prejuízo na QV, exibindo média de 45,4, conforme Gráfico 1.

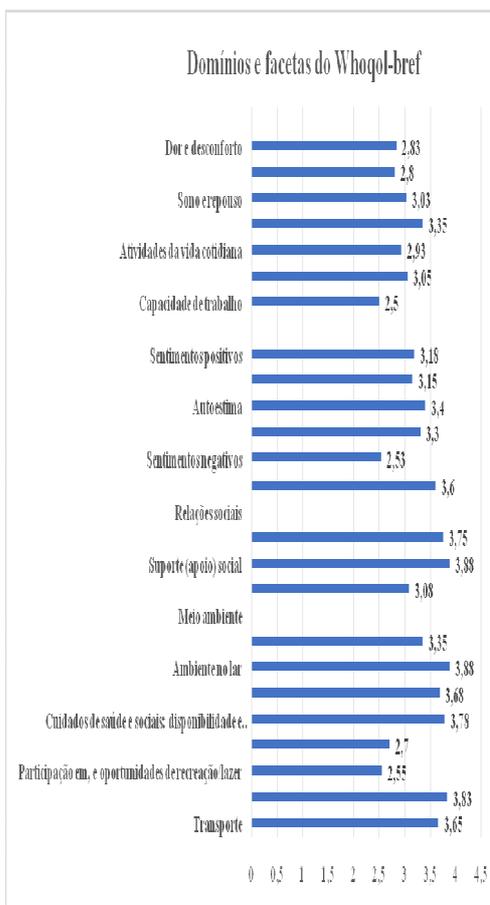
Gráfico 1. Estatística descritiva dos domínios do WHOQOL-bref, João Pessoa, 2017.



Dentre as facetas de cada domínio, as maiores e menores médias foram identificadas, respectivamente, entre “Dependência de medicação e tratamento” (4,05) e “Capacidade para o trabalho” (2,50)

para o domínio “Físico”; “Espiritualidade/religião/crenças pessoais” (3,60) e “Sentimentos negativos” (2,53) para o domínio “Psicológico”; “Suporte (apoio) social” (3,83) e “Atividade sexual” (3,08) para o domínio “Relações sociais”; e “Ambiente no lar” (3,88) e “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer” (2,55) para o domínio “Meio ambiente” (Gráfico 2).

Gráfico 2. Estatística descritiva das facetas do WHOQOL-bref, João Pessoa, 2017.



DISCUSSÃO

As maiores médias de QV foram evidenciadas entre o sexo feminino, o que poderia ser justificado pelas mulheres apresentarem maior cuidado com a saúde, aderindo de maneira mais efetivas às mudanças necessárias para o tratamento de hemodiálise¹⁴. Em relação à faixa etária, percebe-se que os idosos obtiveram melhores médias para a QV, um fato que pode estar associado à sua experiência com as adversidades ao longo dos anos, proporcionando a superação dos desafios mediante a adoção de estratégias de enfrentamento eficazes e que diminuem os impactos gerados pela IRC em sua QV¹⁵.

Considerando o estado civil, a convivência com um cônjuge influencia positivamente na QV, haja vista que a presença do companheiro é referida na literatura como uma importante forma de apoio em momentos de dificuldades, proporcionando suporte para adaptação aos eventos estressores decorrentes da terapêutica hemodialítica. Os resultados são semelhantes a estudo que identificou maior QV entre pacientes com a característica parceiro estável, ressaltando-a como variável de relevância clínica nas condições de saúde dos pacientes em tratamento hemodialítico¹⁶⁻¹⁷.

A QV foi maior entre os pacientes que possuíam nove anos de estudo, corroborando com estudo¹⁸ em que se obteve uma

correlação direta e proporcional entre o nível de escolaridade e a capacidade de cuidado, o que interfere diretamente na autoavaliação da qualidade de vida de cada paciente. O nível de escolaridade se apresenta como um relevante indicador para avaliação do tratamento em pessoas com IRC, uma vez que indivíduos com mais anos de estudo expressam melhor aceitação da doença, maior adesão aos cuidados necessários para a terapêutica hemodialítica e diminuição do impacto gerado pela doença em sua vida¹⁹⁻²⁰.

Maior procura pelos serviços de saúde e características de maior autocuidado e prevenção de agravos podem estar relacionadas aos achados de melhor QV entre os aposentados. Pode-se entender que este grupo, por não participar de atividades laborais formalizadas, dispõem de horários mais flexíveis para a procura das unidades de saúde, fazendo com que o tratamento seja mais eficaz e as complicações reduzidas¹⁴.

No que refere à melhor QV em pessoas com rendimentos mensais de um a três salários mínimos, estudos evidenciam que a renda pode ser considerada um fator econômico que influencia positivamente a QV, por proporcionar o acesso aos bens de serviço e de consumo necessários para o cuidado com a saúde, estabilidade financeira, conforto e lazer em suas atividades cotidianas. Em estudo semelhante, observou-se que o menor escore encontrado no domínio “meio

ambiente” foi a faceta “recursos financeiros”, relacionando-se este achado à provável perda de emprego e consequência diminuição da renda familiar dessas pessoas^{2,21}.

A QV foi superior entre os pacientes que não apresentavam comorbidades associadas à IRC, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. A ausência dessas doenças diminui o número de complicações causadas pela IRC, as quais poderiam interferir de forma negativa no dia-a-dia dessas pessoas, prejudicando sua percepção de QV².

Em relação aos domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-bref, os participantes desta pesquisa apresentaram maior média no domínio “Relações sociais”. Este domínio avalia a satisfação da pessoa quanto às facetas: relações pessoais, apoio recebido e atividade sexual¹². A produção científica na área da saúde evidencia a importância das relações sociais para a adesão ao tratamento e bem-estar geral do paciente em hemodiálise^{10,17}. Com a cronicidade da doença, os pacientes em tratamento para IRC se tornam dependentes do apoio de familiares e/ou de amigos, pois vivenciam mudanças de ordem social, psicológica, financeira e física⁹.

Dentre as facetas do domínio “Relações sociais”, a maior média foi apresentada pelo “Suporte (apoio) social”, demonstrando maior satisfação dos participantes nesse aspecto. O apoio social tem sido um fator que facilita o

enfrentamento diante do tratamento hemodialítico e favorece a percepção do contexto da doença, o que reflete positivamente no prognóstico e na QV¹⁷. Os pacientes com pouco ou nenhum suporte social apresentam maior dificuldade para se reabilitar, o que pode gerar sofrimento e influenciar de forma negativa em sua incapacidade para modificar hábitos inadequados e manter comportamentos favoráveis à saúde¹⁷.

O apoio familiar e de amigos pode favorecer a manutenção do equilíbrio do paciente, levando em consideração as mudanças nos hábitos individuais e a promoção contínua de comportamentos que melhorem a saúde geral, envolvendo também os profissionais que fornecem assistência ao paciente, dentre eles o enfermeiro²².

A faceta “Atividade sexual” do domínio “Relações sociais” demonstrou menor satisfação entre os participantes do estudo. A diminuição da atividade sexual é comum na IRC, sendo a sua causa multifatorial, podendo envolver alterações hormonais, físicas, neurológicas e psicológicas. Em razão disto, os indivíduos em hemodiálise possuem, na maioria das vezes, uma vida sexual menos ativa do que as pessoas saudáveis, e frequentemente os homens apresentam disfunção erétil, nas mulheres anormalidades menstruais,

diminuição da libido e da fertilidade em ambos os sexos, o que interfere negativamente em sua QV²³.

O domínio “Físico” apresentou a menor média para a QV, este investiga aspectos relacionados à intensidade da dor física e o quanto interfere nas atividades diárias; quanto precisa de tratamento médico; a energia necessária para o desenvolvimento das atividades do dia-a-dia, locomoção, satisfação com o sono, desempenho das atividades de vida diária e a capacidade para o trabalho¹². A QV dos pacientes em hemodiálise pode ser afetada por inúmeras variáveis, incluindo as manifestações clínicas da doença, os efeitos colaterais do tratamento, o estado nutricional e a hospitalização, prejudicando a relação paciente-sociedade-família e gerando impactos que repercutem em sua saúde física e bem-estar^{9,17}.

Dentre as facetas do domínio “Físico”, os participantes demonstraram maior média no quesito “Mobilidade”. Na IRC a longa duração do tratamento hemodialítico, bem como da doença, geram problemas osteomusculares¹⁰. Supõe-se que, entre os entrevistados, as tais manifestações não são acentuadas ao ponto de impedir ou dificultar a mobilidade e realização do autocuidado.

Dentre as 24 facetas do WHOQOL-bref a “Capacidade para o trabalho” do domínio “Físico” foi percebida como quesito de

menor satisfação. O trabalho é uma das mudanças mais expressivas que acomete o paciente renal em idade produtiva, tornando-se inviável conciliar o tratamento com a atividade laboral. Geralmente esses pacientes não se mantêm no mercado de trabalho, sendo necessário receber benefício do governo que, na maioria das vezes, é inferior à sua renda antes do adoecimento, o que repercute também na família¹⁹.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo permitiram compreender diferentes dimensões e especificidades no contexto da qualidade de vida do doente renal crônico. Mesmo diante de dados que mostram a autoavaliação da QV como boa, os resultados do estudo apontam evidências de insatisfação com a saúde. Os domínios “Psicológico”, “Relações sociais” e “Meio ambiente” apresentaram pouco impacto na QV, com evidência mais significativa do domínio “Físico”, este tendo sido o mais comprometido.

Neste sentido, os resultados apontados neste estudo evidenciaram uma redução na QV dos pacientes renais crônicos submetidos a TRS, sendo necessário que o profissional de saúde, dentre eles o enfermeiro, esteja preparado para cuidar dos problemas e dificuldades enfrentadas por essas pessoas.

No âmbito da assistência em nefrologia, esta pesquisa propicia uma reflexão acerca de intervenções que visem melhorar a QV dos pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico.

Ressalta-se que a decisão de estudar a população de um único centro de hemodiálise, compreendeu a tentativa de remover o viés induzido por diferentes condutas, comuns em estudos multicêntricos, buscando-se, portanto, proporcionar maior uniformidade para a amostra. Porém, entende-se que esta decisão pode introduzir variações específicas com relação à realidade de cada centro. No entanto, todas as análises estatísticas foram ajustadas para as diferenças observadas entre os grupos. Dessa forma, todos estes fatores devem ser considerados ao inferir nossos resultados em outras populações.

Destaca-se a necessidade de realização de estudos longitudinais, importantes para investigar se os valores referentes aos domínios da QV poderiam sofrer alterações ao longo do tempo, mediante a realização do tratamento de hemodiálise e desenvolvimento de intervenções de voltadas às necessidades dos pacientes, incluindo seus familiares.

Referências

1. Radhakrishnan J, Remuzzi G, Saran R, Williams DE, Rios-Burrows N, Powe N et al. Taming the chronic kidney disease epidemic: a global view of surveillance efforts. *Kidney Int* [Internet]. 2014[acesso em 02 Fev 2018];86(2):246-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24897034>
2. Mello MVFA, Menezes KSP, Pires KKC, Angelo M. Overview of terminal kidney disease in a state of Brazilian Amazonia. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017[acesso em 02 Fev 2018];21:e-994. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30564&indexSearch=ID>
3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JÁ, Callaghan CAO, Lasserson DS et al. Global prevalence of chronic kidney disease – a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2016[acesso em 07 Fev 2018];11(7):e0158765. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934905/>
4. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS [Internet]. 2017[acesso em 04 Fev 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
5. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *J Bras Nefrol*[Internet]. 2016[acesso em 07 Fev 2018]; 38(1):54-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27049365>
6. Gibson EL, Held I, Khawnekar D, Rutherford P. Differences in knowledge, stress, sensation seeking, and locus of control linked to dietary adherence in hemodialysis patients. *Front Psychol*[Internet]. 2016[acesso em 08 Fev 2018]; 7:1864. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01864/full>
7. Gonzalez-Bedat M, Rosa-Dies G, Pecoits-Filho R, Ferreiro A, García-García G, Cusumano A et al. Burden of disease: prevalence and incidence of ESRD in Latin America. *Clin Nephrol*[Internet]. 2015[acesso em 08 Fev 2018]; 83(7 Suppl 1):3-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25725232>
8. Coutinho MPL, Costa FG. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicol Soc* [Internet]. 2015[acesso em 08 Fev 2018]; 27(2):449-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00449.pdf>
9. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM, Costa RRO, Cossi MS. Quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Enfermería Global* [Internet].

2016[acesso em 08 Fev 2018]; 43:87-99.

Disponível em:

http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/en_clinica3.pdf

10. Frazão CMFQ, Delgado MF, Araújo MGA, Silva FBBL, Sá JD, Lira ALBC. Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis. *Rev Rene*[Internet]. 2014[acesso em 11 Fev 2018]; 15(4):701-9. Disponível em:

http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1592/pdf_1

11. THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*[Internet]. 1995[acesso em 02 Fev 2018]; 41(10):1403-9.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>

12. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc saúde coletiva*[Internet]. 2000[acesso em 02 Fev 2018]; 5(1):33-8.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>

13. Freire XA, Mendonça AEO. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal. *Rev Bras Pesq Saúde*[Internet]. 2013[acesso em 11 Fev 2018]; 15(4):130-6.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/283645838_Qualidade_de_vida_de_pacientes_e

[m_hemodialise_e_dialise_peritoneal](#)

14. Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. How adult men use and evaluate health services. *Rev Eletr Enf*[Internet]. 2015[acesso em 23 Fev 2018]; 17(3):1-8. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a20-en.pdf>

15. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciênc saúde coletiva*[Internet]. 2015[acesso em 23 Fev 2018]; 20(5):1475-95. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01475.pdf>

16. Persson J, Levin LA, Holmegaard L, Redfors P, Jood K, Jern C et al. Stroke survivors' long-term QALY-weights in relation to their spouses' QALY-weights and informal support: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*[Internet]. 2017[acesso em 24 Fev 2018]; 15(150):1-10. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526309/pdf/12955_2017_Article_724.pdf

17. Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Esc Anna Nery*[Internet]. 2016[acesso em 27 Fev 2018];

20(1):147-54. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0147.pdf

18. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FS. Association between self-care and quality of life in chronic kidney disease patients. *Rev*

Eletr Enf[Internet]. 2017[acesso em 02 Fev 2018]; 19:a14. Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/27442/23133>

19. Marinho CLA, Oliveira JF, Borges JES, Silva RS, Fernandes FECV. Quality of life of chronic renal patients undergoing hemodialysis. Rev Rene[Internet]. 2017[acesso em 27 Fev 2018]; 18(3):396-403. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2640/pdf>

20. Alves TOS, Souza AS, Souza ECS, Gois CFL, Guimarães AMDN, Mattos MCT. Health-related quality of life of people with diabetes mellitus. Rev Min Enferm[Internet].

2013[acesso em 02Mar 2018]; 17(1):141-7.

Disponível em:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/585>

21. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. Ciênc saúde

coletiva[Internet]. 2014[acesso em 02 Mar 2018]; 19(8):3497-3504. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03497.pdf>

22. Roxo NE, Barata RC. Dyadic relationship and quality of life patients with chronic kidney disease. J Bras Nefrol[Internet]. 2015[acesso em 03 Mar 2018]; 37(3):315-22. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n3/0101-2800-jbn-37-03-0315.pdf>

23. Fortes VLF, Bettinelli LA, Pomatti DM, Brock J, Dobner T. The chronic renal disease course: from early symptoms to discovery. Rev Rene[Internet]. 2013[acesso em 04 Mar 2018]; 14(3):531-40. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3428/2667>