

A FISIOTERAPIA PODE INFLUENCIAR NA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS EM HEMODIÁLISE?

Susimary Aparecida Trevizan Padulla*

Mayra Vilela da Matta**

Thais Melatto***

Regina Coeli Vasques de Miranda****

Marcela Regina de Camargo*****

RESUMO

A incidência global de doenças renais crônicas vem aumentando a cada dia. No Brasil, aproximadamente 54,5 mil pessoas se encontram em tratamento dialítico. A doença renal crônica, diagnóstico sindrômico, progressivo e irreversível da função renal, culmina invariavelmente na terapia dialítica. Apesar dos avanços tecnológicos e dos benefícios no incremento da sobrevida, a hemodiálise acarreta complicações e alterações funcionais que prejudicam a qualidade de vida desses sujeitos. O presente estudo buscou avaliar e comparar a qualidade de vida de pacientes submetidos à fisioterapia com controles. Foram selecionados sessenta doentes renais crônicos de ambos os gêneros. Aplicou-se o questionário de qualidade de vida *Kidney Disease Quality of Life Short Form* para avaliar dois grupos de pacientes: um controle, sem tratamento fisioterapêutico, e um que realizava o tratamento fisioterapêutico. Os resultados demonstraram comprometimento relacionado à faixa etária, tempo de hemodiálise e gênero em grande parte das dimensões analisadas em ambos os grupos; porém, quando se fez a análise entre os grupos, pacientes que realizaram fisioterapia obtiveram melhores índices de qualidade de vida. Concluiu-se que a fisioterapia contribui para uma tendência de melhora geral da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Diálise Renal. Qualidade de Vida. Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

O número mundial de indivíduos com doença renal crônica (DRC) vem aumentando a cada dia. Na Europa, a incidência é de 1,35%, e nos Estados Unidos 3,36% da população apresentam o estágio terminal da doença. Dados alarmantes apontam para uma expectativa anual de crescimento desses números da ordem de 5 a 8%⁽¹⁾. No Brasil, aproximadamente 54,5 mil pessoas encontram-se em terapia dialítica, das quais cerca de 49 mil em hemodiálise e 5,5 mil em diálise peritoneal. Esse número cresce, em média, 10% ao ano, por conta de uma incidência de mais de cem novos pacientes por milhão de habitantes⁽²⁾.

A DRC pode ser caracterizada pela recorrência de episódios de microlesões dos rins, causando disfunção e insuficiência deste órgão.

Entre as principais causas estão a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. Em condições fisiológicas, o sistema renal remove os produtos finais e controla as concentrações da maior parte das substâncias iônicas no líquido extracelular⁽³⁾. Com o diagnóstico de DRC essas funções acabam comprometidas e quase sempre a terapia dialítica é inevitável.

Uma vez em diálise, a reversibilidade do quadro é infrequente, a menos que seja realizado o transplante renal. A hemodiálise se processa em circuito extracorpóreo, através de uma membrana dialisadora formada por um conjunto de filtros capilares. O dialisador, responsável por filtrar os resíduos e o excesso de líquido, é conectado a uma máquina e recebe o sangue a ser filtrado. Este fluxo de sangue passa pelo filtro capilar durante quatro horas⁽³⁾.

Todo esse processo tecnológico e os recursos humanos oferecidos durante a sessão de

* Fisioterapeuta. Doutora. Professora do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente. Presidente Prudente-SP. E-mail: susi@fct.unesp.br

** Fisioterapeuta. Presidente Prudente-SP. E-mail: mimivilela@hotmail.com

*** Fisioterapeuta. Presidente Prudente-SP. E-mail: thaismelatto@hotmail.com

**** Fisioterapeuta. Doutora. Professora do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista – Campus de Presidente Prudente. Presidente Prudente-SP. E-mail: re.miranda@fct.unesp.br

***** Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. Presidente Prudente-SP. E-mail: marcelarcamargo@gmail.com

hemodiálise concentram-se em manter o indivíduo vivo, porém pouco enfoque é dado à sua qualidade de vida. O paciente, quando examinado como um todo, encontra-se envolvido por questões estigmatizantes e inúmeras complicações causadas pela terapia dialítica ou pela própria enfermidade renal⁽⁴⁾. A característica progressiva da DRC, em longo prazo, contribui para debilitar o indivíduo e comprometer sua qualidade de vida, seja pela necessidade de hemodiálise seja pelas demais consequências⁽³⁾.

O portador de DRC tem que lidar com a questão de depender literalmente de uma “máquina” para sobreviver. Além disso, esses indivíduos possuem limitações no cotidiano e sofrem muitas perdas e mudanças biopsicossociais (desemprego, a degradação da imagem corporal e restrições dietéticas), as quais causam um impacto negativo em suas vidas⁽⁵⁾.

Alguns estudos descrevem que a introdução de um programa de fisioterapia pode ser benéfica às alterações físicas e psíquicas acarretadas pela inserção da diálise no cotidiano de doentes renais crônicos⁽⁶⁻⁸⁾. A qualidade de vida de doentes crônicos tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área de saúde. Questionários específicos vêm sendo utilizados para sua avaliação, entre eles o SF-36, traduzido e adaptado para o Brasil com confiabilidade e validade garantidas⁽⁹⁾. Este instrumento, composto por 36 itens que avaliam oito dimensões (domínios), tem sido utilizado para analisar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas⁽⁵⁾.

No caso exclusivo da DRC, além do SF-36, que é utilizado para avaliar a qualidade de vida de uma maneira geral, existe o *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF), instrumento mais completo e atual, que possui itens de aspectos genéricos e inclui tópicos específicos relativos à doença renal⁽¹⁰⁾. Como a hemodiálise gera uma mudança abrupta e irreversível na vida dos portadores de DRC, o presente estudo teve como objetivo verificar e comparar a qualidade de vida desses sujeitos que realizam tratamento fisioterapêutico com aqueles que não o realizam, aplicando um instrumento desenvolvido especificamente para essa finalidade. Desta maneira, buscou-se verificar se

a fisioterapia pode influenciar benéficamente a qualidade de vida de doentes renais crônicos.

METODOLOGIA

Dos 150 pacientes que realizavam hemodiálise no Instituto do Rim da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente-SP, sessenta foram selecionados para participar do estudo, após preencherem os critérios de inclusão (ser portador de DRC, não estar em internação hospitalar e concordar com a participação no estudo). Havia sujeitos de ambos os sexos e estes eram submetidos à terapia dialítica com frequência de três vezes por semana, com duração de quatro horas por sessão.

Durante a realização do estudo foram levados em consideração os princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos da Declaração de Helsinque e as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Como parte do processo de obtenção do consentimento, cada voluntário leu (ou foi lido a ele) um termo de consentimento livre e esclarecido. Após concordarem em participar do estudo, assinaram o termo e receberam uma cópia dele. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Presidente Prudente (FCT/UNESP), mediante o Parecer número 098/2006.

Os pacientes foram distribuídos, aleatoriamente, em dois grupos: G1 (n=30), que realizou o tratamento de fisioterapia três vezes por semana durante três meses, com duração de 45 minutos; e G2 (n=30), grupo controle, que não realizou tratamento fisioterapêutico. Os critérios de exclusão foram agravamento do quadro de DRC, possíveis internações, óbito e descontinuidade do trabalho de fisioterapia; contudo não houve perdas de amostras.

O tratamento fisioterapêutico foi constituído de cinesioterapia com movimentação ativa livre de membros superiores e inferiores, visando ativar o retorno venoso, manter a mobilidade articular e a força muscular; exercícios de reexpansão pulmonar para aumentar a capacidade respiratória, e atividades lúdicas para tornar mais prazeroso o tempo de cada sessão.

Na semana que se sucedeu ao término do período de intervenção, todos os sessenta sujeitos preencheram o KDQOL-SF⁽¹⁰⁾. Esse instrumento apresenta oitenta itens, divididos em dezenove escalas (dimensões), e inclui o questionário SF-36⁽⁹⁾ e mais quarenta e três itens específicos, a saber: sintomas/problemas (doze itens), efeitos da doença renal sobre a vida diária (oito itens), sobrecarga imposta pela doença renal (quatro itens), condição de trabalho (dois itens), função cognitiva três itens), qualidade das interações sociais (três itens), função sexual (dois itens), sono (quatro itens), suporte social (dois itens), estímulo da equipe de diálise (dois itens) e satisfação do paciente (um item). Assim sendo, este questionário abrange os principais relatos dos pacientes e suas características permitem a obtenção do perfil da qualidade de vida do indivíduo em diferentes períodos de seu tratamento. A dimensão ou domínio específico indica o grau de comprometimento da qualidade de vida de cada indivíduo. Este grau de comprometimento é mensurado por meio de valores que variam de zero (maior grau de comprometimento) a 100 (nenhum comprometimento). Desse modo, quanto maior a pontuação obtida, melhor a qualidade de vida.

Como é grande o número de itens avaliados pelo KDQOL-SF, optou-se por descrever, na

seção de resultados, apenas os pares de itens com diferenças significantes nas comparações realizadas. Para analisar os dados obtidos foram utilizados os *Softwares Microsoft Excel 2003, Minitab 1.5 e SigmaStat 3.5*. Inicialmente realizou-se uma distribuição de frequências e a estatística descritiva através de medianas, uma vez a amostra apresentou uma distribuição não gaussiana de acordo com o teste de *Shapiro-Wilks*. Na comparação dos dados coletados foram utilizados os testes não paramétricos Teste das Somas dos Escores de *Mann-Whitney* e Análise de Variância de Escores de *Kruskal-Wallis*. O nível de significância foi mantido em 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos sessenta pacientes selecionados (trinta submetidos a fisioterapia – G1 e 30 controle – G2), 66,66% eram do sexo masculino e 33,33% do feminino, com idade variando de 20 a 79 anos. Os resultados foram obtidos por meio das comparações por faixa etária (tabela 1), tempo de hemodiálise (tabela 2) e sexo (tabela 3), dos indivíduos que se submeteram à fisioterapia com aqueles que não o fizeram.

Tabela 1 - Medianas dos escores nos domínios “satisfação do paciente”; “dor” e “saúde geral” do KDQOL-SF distribuídas por faixa etária em cada grupo (Instituto do Rim, Santa Casa de Misericórdia, Presidente Prudente, SP, 2008).

Variáveis	G1			G2		
	20-49	50-59	60-79	20-49	50-59	60-79
Idade (anos)						
Satisfação do paciente (escore)	83,33 ^a	91,66	74,99	66,66 ^b	83,33	66,66
Função física (escore)	80	82,50	55,00	80,00 ^A	70,00 ^{AB}	47,50 ^B
Dor (escore)	78,75 ^{AB}	45,00 ^{Aa}	46,25 ^B	87,50 ^A	75,00 ^{Bb}	22,50 ^B
Saúde geral (escore)	85,00 ^a	67,50	70,00 ^a	50,00 ^b	67,50	40,00 ^b

Análise de Variância de Escores de *Kruskal-Wallis*. ^{A,B} Letras maiúsculas diferentes correspondem às diferenças estatísticas significantes entre as faixas etárias dentro de cada grupo (G2 e G1); ^{a,b,c} Letras minúsculas diferentes correspondem às diferenças estatísticas significantes entre os grupos (G2 e G1) dentro de cada faixa etária. $p < 0,05$.

Em relação à faixa etária, tanto no grupo submetido a fisioterapia (G1) quanto no grupo sem tratamento fisioterapêutico (G2) foi possível observar que os pacientes de faixa etária mais baixa (20 a 49 anos) pontuaram mais “dor” que os de faixa etária maior ($p < 0,05$; para ambos nos dois grupos). Essa relação inversa entre faixa

etária e dor vem sendo demonstrada nos estudos com indivíduos em hemodiálise^(11,12).

Ainda a respeito da faixa etária, dentro do grupo sem fisioterapia (G2) foi possível observar que os pacientes de faixa etária menor (20 a 49 anos) pontuaram mais no aspecto “função física” que os dois grupos de faixa etária maior ($p < 0,05$, para ambos); e que o grupo de faixa etária

intermediária (50 a 59 anos) pontuou mais, neste aspecto, que o grupo de faixa etária superior ($p < 0,05$). Embora em estudos^(13,14) com populações semelhantes, tenham observado que os pacientes com idade superior a sessenta anos apresentam escores mais baixos que os mais jovens no domínio “função física”, estes resultados também podem ser atribuídos ao próprio processo de envelhecimento e à ocorrência de doenças degenerativas crônicas relacionadas à idade⁽¹⁵⁾, e não somente à presença da DRC ou à necessidade de realização de hemodiálise.

Ao serem comparados os grupos (G2 e G1) em relação à faixa-etária, pôde-se observar que os participantes mais novos (20 a 49 anos) submetidos à fisioterapia (G1) pontuaram mais em “satisfação do paciente” e “saúde geral” que os respectivos pares do G2 ($p < 0,05$, para ambos). Da mesma forma, observou-se que os participantes de faixa etária superior (60 a 79 anos) do G1 pontuaram mais em “saúde geral” que os respectivos pares do G2 ($p < 0,05$). De

maneira geral, esses achados acompanham os encontrados em literatura⁽¹²⁾, os quais, mesmo abrangendo sujeitos não submetidos a fisioterapia e sendo usado um instrumento diferente (o SF-36), encontraram altas pontuações no aspecto “estado geral de saúde” (geralmente perto ou acima de 50 pontos). Esse fato sugere que no presente estudo a inserção em um programa de fisioterapia relacionou-se a uma tendência de melhora neste domínio.

Também entre os grupos (G2 e G1) foi observada maior pontuação para “dor” nos participantes da faixa etária de 50 a 59 anos não praticantes de fisioterapia (G2). Este resultado já era esperado, uma vez que é neste aspecto que o tratamento fisioterapêutico melhor atua. Ademais, este resultado concorda com os achados de Soares et al.⁽⁸⁾, que investigaram o efeito da fisioterapia na qualidade de vida de população semelhante, com o SF-36, e verificaram diferença significativa justamente no domínio “dor”.

Tabela 2 - Medianas dos escores nos domínios “efeitos da doença renal”; “função sexual”; “satisfação do paciente” e “saúde geral” do KDQOL-SF distribuídos por tempo de hemodiálise em cada grupo (Instituto do Rim, Santa Casa de Misericórdia, Presidente Prudente, SP, 2008).

Variáveis	G1			G2		
	1-60	61-120	121-180	1-60	61-120	121-180
Tempo (meses)						
Efeitos da doença renal (escore)	68,75	87,50 ^a	90,62 ^a	73,43	68,75 ^b	57,81 ^b
Função sexual (escore)	93,75	100	93,75 ^a	100 ^A	100 ^A	0,00 ^{Bb}
Satisfação do paciente (escore)	83,33	83,33	83,33 ^a	83,16	74,99	50,00 ^b
Saúde geral (escore)	85 ^B	75,00 ^{AB}	95,00 ^{Aa}	60	40,00	47,50 ^b

Análise de Variância de Escores de *Kruskal-Wallis*. Letras maiúsculas diferentes correspondem a diferenças estatísticas significantes entre as faixas de tempo de hemodiálise dentro de cada grupo (G2 e G1); ^{a,b,c} letras minúsculas diferentes correspondem a diferenças estatísticas significantes entre os grupos (G2 e G1) dentro de cada faixa de tempo de hemodiálise. $p < 0,05$.

Em relação ao tempo de hemodiálise, dentro do grupo sem tratamento fisioterapêutico (G2) foi possível observar que tanto os pacientes com menor tempo (um a sessenta meses) quanto os com tempo intermediário (61 a 120 meses) de hemodiálise pontuaram mais em “função sexual” que os pacientes com tempo superior (121-180 meses), $p < 0,05$ para ambos. Alguns estudos indicam que a disfunção sexual está presente em grande parte da população em hemodiálise, em geral perto ou acima de 50% da população estudada^(13,16,17), porém pouca relação se encontra entre disfunção sexual e tempo de hemodiálise.

Dentro do grupo submetido ao programa de fisioterapia, tanto os pacientes com menor tempo (de um a sessenta meses) quanto os de maior tempo (se 121 a 180 meses) de hemodiálise pontuaram mais em “saúde geral” que os pacientes com tempo intermediário (61 a 120 meses), $p < 0,05$ para ambos. Talvez os indivíduos com um tempo intermediário de hemodiálise estejam em um período de aceitação da nova condição de vida e seja por isso que demonstram um escore menor - diferentemente dos pacientes com o menor tempo, que talvez estejam em período de negação ou de maior expectativa de cura, e dos pacientes com maior

tempo de hemodiálise, que provavelmente já tenham aceitado as novas condições que o diagnóstico de DRC lhes impôs⁽¹⁸⁾. Esse é um aspecto que, em sua essência, a fisioterapia não pode combater, sendo mais indicada a psicoterapia. A mesma explicação é provável que também fundamente a diferença encontrada tanto para os pacientes com tempo intermediário (61 a 120 meses) quanto para aqueles com tempo superior (121 a 180 meses) de hemodiálise, uma vez que o grupo submetido a fisioterapia (G1) demonstrou maior pontuação em “efeitos da doença renal” que o G2 ($p < 0,05$).

Quando foram comparados os grupos (G1 e G2) em relação ao tempo de hemodiálise, pôde-se observar que os pacientes submetidos à fisioterapia (G1) e com 121 a 180 meses de hemodiálise pontuaram mais nos aspectos “satisfação do paciente”, “função sexual” e “saúde geral” que os respectivos pares do G2 ($p < 0,05$, para todos). Esse fato vai de encontro aos achados de outra pesquisa⁽¹³⁾, concordando que a inserção em um programa de fisioterapia

pode causar um impacto benéfico na vida de um doente renal crônica em hemodiálise.

Os resultados sobre tempo de hemodiálise e qualidade de vida do paciente renal crônico ainda são discordantes na literatura. Existe uma relação positiva entre o tempo de terapia dialítica e a qualidade de vida⁽¹⁹⁾, corroborando os presentes resultados. Da mesma forma, existem também, relatos de que quanto maior o tempo de permanência em tratamento hemodialítico, maiores serão as estratégias desenvolvidas pelos indivíduos para o enfrentamento tanto da doença quanto do tratamento⁽¹³⁾; porém há estudos que descrevem exatamente o contrário, concluindo que os anos de diálise não levam à perda da qualidade de vida⁽¹²⁾. Talvez a chave para esse entendimento esteja justamente na inserção de terapias alternativas como a fisioterapia e a psicoterapia no cotidiano desses indivíduos, uma vez que um estudo⁽²⁰⁾ observou que as respostas psicológicas às consequências patológicas da DRC variam de pessoa para pessoa.

Tabelas 3 - Medianas dos domínios “satisfação do paciente” e “saúde geral” do KDQOL-SF distribuídos por sexo para cada grupo (Instituto do Rim, Santa Casa de Misericórdia, Presidente Prudente, SP, 2008).

Variáveis	G1		G2	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Gênero				
Satisfação do paciente (escore)	83,33	91,66 ^a	70,83	66,66 ^b
Saúde geral (escore)	60,00 ^B	85,00 ^A	57,5	50,00

Teste das Somas dos Escores de Mann-Whitney. ^{A,B} Letras maiúsculas diferentes correspondem a diferenças estatísticas significantes entre os gêneros dentro de cada grupo (G2 e G1). ^{a,b} Letras minúsculas diferentes correspondem a diferenças significantes entre os grupos (G2 e G1) dentro de cada gênero.

Dentro do grupo submetido à fisioterapia (G1) observou-se, em relação ao sexo, que as mulheres apresentaram pontuações menores que as dos homens, e que o contrário foi verdadeiro para o G1 ($p < 0,05$, para ambos). Além disso, os homens que realizavam fisioterapia (G1) pontuaram mais em “satisfação do paciente” quando comparados aos homens do G2 ($p < 0,05$).

Esses resultados apóiam um estudo⁽²¹⁾ no qual foi aplicado o KDQOL-SF em uma população em terapia dialítica e encontrou níveis mais baixos de qualidade de vida nos indivíduos do sexo feminino. Concordam, ainda, com outra pesquisa⁽⁵⁾ que, por meio do SF-36, também encontrou menores níveis de qualidade de vida nas mulheres. É importante ressaltar que, segundo os presentes resultados, apenas os

homens submetidos à fisioterapia mostraram pontuação superior em relação à saúde geral.

O KDQOL-SF, instrumento importante para avaliar a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, mostrou que a população estudada, individualmente, apresentou comprometimentos nas dezenove escalas analisadas. Indivíduos submetidos a fisioterapia apresentaram, de maneira geral, melhores índices de qualidade de vida quando comparados aos que não realizaram o tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou a qualidade de vida de portadores de DRC submetidos à hemodiálise e inseridos ou não em um programa de fisioterapia. Foi encontrada uma tendência de

melhor qualidade de vida em pacientes tratados com fisioterapia, fato que sugere que a inserção de um programa de fisioterapia no cotidiano desses pacientes pode melhorar sua qualidade de vida. Algumas limitações, como o baixo número semanal de sessões e a dificuldade de controlar a grande variabilidade da amostra, devem ser levadas em consideração, uma vez que podem ter colaborado para a diminuição da quantidade de diferenças encontradas em cada domínio, entre os grupos.

Com a realização deste estudo foi possível observar a necessidade de serem inseridos, como parte da formação do fisioterapeuta, conteúdos mais abrangentes na área de nefrologia e até

mesmo acerca do tratamento do doente terminal. Além disso, o estudo também ofereceu subsídios para que os profissionais da saúde mais classicamente envolvidos com os portadores de DRC, como médicos e enfermeiros, possam melhor entender sobre a necessidade de encaminhar essa população para tratamento fisioterapêutico. Os resultados nele encontrados mostram-se relevantes em relação à qualidade de vida de doentes renais crônicos, porém se devem ser incentivadas novas pesquisas, principalmente com desenho de base populacional e multicêntricos, para que se dê andamento à investigação acerca dos resultados e hipóteses levantados pelo presente estudo.

MAY PHYSICAL THERAPY INFLUENCE THE QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS IN HEMODIALYSIS?

ABSTRACT

The chronic renal failure overall incidence is increasing every day. In Brazil, approximately 54.5 thousand people are on dialysis. Chronic kidney disease is a syndromic, progressive and irreversible renal function disease which results invariably in dialysis. Despite technological advances and benefits in increasing survival, hemodialysis causes complications and functional changes, affecting the quality of life of these subjects. This study aimed to evaluate and compare to controls the quality of life of patients submitted to physical therapy. We selected 60 chronic renal failure patients of both genders. The quality of life questionnaire Kidney Disease Quality of Life Short Form was applied to two groups: a control without physical therapy, and others who were submitted to a physical therapy treatment. The results showed impairment related to age, hemodialysis lengths and gender, in most of the dimensions analyzed in both groups. But when compared between groups, patients undergoing a physical therapy showed better quality of life indices. In conclusion the physical therapy contributes to a trend of improving the overall quality of life of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis.

Keywords: Renal Insufficiency, Chronic. Renal Dialysis. Quality of Life. Physical Therapy.

¿LA FISIOTERAPIA PUEDE INFLUIR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN HEMODIÁLISIS?

La incidencia global de enfermedades renales crónicas está aumentando a cada día. En Brasil, aproximadamente 54.5 mil personas se encuentran en tratamiento dialítico. La enfermedad renal crónica, el síndrome progresivo e irreversible de la función renal, resulta siempre en terapia dialítica. A pesar de los avances tecnológicos y de los beneficios en la supervivencia cada vez mayor, las complicaciones causadas por la hemodiálisis y los cambios funcionales afectan a la calidad de vida de estos sujetos. Este estudio trata de evaluar y comparar la calidad de vida de los pacientes sometidos a la fisioterapia con controles. Se seleccionaron 60 enfermos con insuficiencia renal crónica de ambos géneros. Se aplicó un cuestionario de calidad de vida *Kidney Disease Quality of Life Short Form* para evaluar dos grupos de pacientes: un control, sin tratamiento fisioterapêutico, y uno que realizaba este tratamiento. Los resultados demostraron comprometimiento relacionado con la franja de edad, duración de la hemodiálisis y género en gran parte de las dimensiones analizadas en ambos grupos. Sin embargo, cuando se hizo el análisis entre los grupos, los pacientes sometidos a tratamiento obtuvieron mejores índices de calidad de vida. Se concluye que la fisioterapia contribuye a una tendencia de mejora general de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a la hemodiálisis.

Palabras-clave: Insuficiencia renal crónica. Diálisis Renal. Calidad de Vida. Terapia Física.

REFERÊNCIAS

1. Thorp ML, Eastman L, Smith DH, Johnson ES. Managing the burden of chronic kidney disease. *Dis Manag*. 2006 Apr;9(2):115-21.

2. Vieira WP, Gomes KWP, Frota NB, Andrade JECB, Vieira RMRA, Moura FEA, et al. Manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Rev Bras Reumatol*. 2005; 45(6):357-64.

3. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
4. Paim L, Silva DGV, Trentini M, Vieira RM, Koschnik Z. Tecnologias e o cuidado de enfermagem a pessoas em tratamento de hemodiálise. *Cienc Cuid Saúde*. 2006; 5(3):335-43.
5. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(5):670-6.
6. Camargo MR, Padulla SAT. Intervenção fisioterapêutica e complicações decorrentes do acesso vascular em indivíduos submetidos à hemodiálise. *Fisioterapia Especialidades*. 2008; 3(2):09-15.
7. Nozabielli AJL, Camargo MR, Fregonesi CEPT, Padulla SAT, Miranda RCV. Edema do membro superior e sinais de depressão: a fisioterapia pode ajudar os pacientes em hemodiálise? *Rev Cienc Ext*. 2010; 6(2):96-106.
8. Soares A, Zehetmeyer M, Rabuske M. Atuação da fisioterapia durante a hemodiálise visando a qualidade de vida do paciente renal crônico. *Rev Saúde UCPEL*. 2007; 1(1):7-12.
9. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39(3):143-50.
10. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(4):375-81.
11. Santos PR. Relação do gênero e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Associ Med Bras*. 2006; 52(5):356-9.
12. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(3):245-9.
13. Cordeiro JABL, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11(4):785-93.
14. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(número especial):152-9.
15. Gottlie MG, Carvalho D, Schneider RH, Cruz IBM. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007; 10(3):273-83.
16. Garcia TW. Avaliação do estado de humor, da função sexual e da qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. 2006. [dissertação]. Brasília (DF): Faculdade de Medicina – UnB; 2006. [acesso em 22 set 2011]. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/3474>
17. Lata AGB, Albuquerque JG, Carvalho LSBP, Lira ALBC. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(número especial):160-3.
18. Oliveira MD. Acompanhamento pastoral junto a doentes terminais: exame de possíveis intervenções. *Rev Caminhando*. 2010; 15(1):127-37.
19. Silveira CB, Pantoja IKOR, Silva ARM, Sá NB, Turiel MGP, Nunes MBG. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém-Pará. *J Bras Nefrol*. 2010; 32(1):39-44.
20. Meireles VC, Goes HLF, Dias TA. Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro. *Cienc Cuid Saúde*. 2004; 3(2):169-78.
21. Lopes GB, Martins MTS, Matos CM, Amorim JL, Leite EB, Miranda EA, Lopes AA. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(6):506-9.

Endereço para correspondência: Susimary Aparecida Trevizan Padulla. Rua Roberto Simonsen, nº 305, CEP: 19060-900, Presidente Prudente, São Paulo.

Data de recebimento: 15/09/2010

Data de aprovação: 05/09/2011