

QUALIDADE DE VIDA E ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

QUALITY OF LIFE AND NUTRITIONAL STATUS OF HEMODIALYSIS PATIENTS

Cláudia Rucco Penteadó Detregiachi¹, Karina Rodrigues Quesada^{1,2}, Ana Augusta Mendes de Oliveira¹, Marília Regina dos Santos Valença³, Eduardo Fuzetto Cazañas⁴

¹Universidade de Marília – Marília (SP), Brasil.

²Universidade Paulista – Assis (SP), Brasil.

³Hospital das Clínicas de Marília – Marília (SP), Brasil.

⁴Universidade do Oeste Paulista – Presidente Prudente (SP), Brasil.

Data de entrada do artigo: 25/06/2013

Data de aceite do artigo: 18/11/2013

RESUMO

Introdução: Dentre as doenças de caráter crônico a insuficiência renal crônica dialítica é uma das que causa maior impacto nos aspectos biopsicossociais afetando a qualidade de vida do indivíduo. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional dos pacientes cadastrados no programa de hemodiálise da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília, bem como verificar a existência de correlação entre esses dois aspectos. **Materiais e Métodos:** Participaram do estudo 113 pacientes. Para a avaliação do estado nutricional foram coletadas as medidas antropométricas peso seco, estatura, dobra cutânea tricipital e circunferência braquial, e calculados o índice de massa corpórea (IMC) e circunferência muscular do braço. De modo complementar foi analisada a concentração sanguínea da albumina. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário genérico SF-36. **Resultados:** O valor médio do IMC foi de $25 \pm 4,9$ kg/m², não diferindo entre os sexos. Com base nesse indicador antropométrico, 8% dos pacientes avaliados apresentavam baixo peso, 37% excesso de peso e 55% estavam eutróficos. As porcentagens de adequação da circunferência muscular do braço e da dobra cutânea tricipital apresentaram-se, em média, dentro dos limites de normalidade de 90 a 110%. A concentração média de albumina plasmática apresentou-se acima do limite mínimo de normalidade para avaliação do estado nutricional. Em relação à qualidade de vida, os aspectos mais comprometidos foram o físico e o estado geral de saúde, com preservação dos aspectos emocional e social. Não houve correlação significativa entre o IMC e os diferentes aspectos da qualidade de vida avaliados. **Conclusão:** A realização do diagnóstico nutricional e a avaliação da qualidade de vida podem servir de instrumento às equipes, tanto para prognóstico como para o planejamento das intervenções.

Palavras-chave: insuficiência renal crônica; diálise renal; estado nutricional; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Among chronic diseases chronic renal dialysis is one that has more impact on the biopsychosocial aspects affecting the quality of life of the individual. **Objective:** To assess the quality of life and the nutritional status of patients enrolled in the hemodialysis program of Irmandade da Santa Casa de Misericórdia in Marília, São Paulo, Brazil, and to investigate whether these two variables are correlated. **Materials and Methods:** A total of 113 patients participated in the study. Nutritional status was determined by measuring the anthropometric variables dry weight, height, triceps skinfold thickness, and mid-upper arm circumference. Body mass index (BMI), mid-upper arm muscle circumference, and serum albumin level were also assessed. In order to evaluate quality of life was, the generic questionnaire SF-36 was used. **Results:** Their mean BMI was 25.0 ± 4.9 kg/m² and did not differ between genders. According to BMI, 8% of the sample was underweight, 37% had excess weight, and 55% were normal weight. The percent adequacy of the mid-upper arm muscle circumference and triceps skinfold thickness were generally within the normal limits of 90 to 110%. The mean serum albumin level was above the lower limit used for nutritional status assessment. The most affected quality of life domains were physical and general health status domains, while emotional and social domains were unaffected. BMI was not significantly correlated with the quality of life domains studied. **Conclusion:** Diagnosis of nutritional status and quality of life assessment are instruments that can be used by health care teams to make prognoses and plan interventions.

Keywords: renal insufficiency, chronic; renal dialysis; nutritional status; quality of life.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por lesão renal, perda progressiva e irreversível da sua função, a qual em estágio avançado não mantém a homeostase do indivíduo. É classificada em seis estágios de acordo com o grau de função renal, compreendendo do estágio zero, no qual estão os grupos de risco com ausência de lesão renal, ao sexto estágio, que caracteriza a fase terminal da doença. Nessa fase o paciente se encontra intensamente sintomático, sendo as opções terapêuticas os métodos artificiais de depuração do sangue ou o transplante renal¹.

O tratamento dialítico proporciona condições clínicas favoráveis aos indivíduos. Consiste em duas modalidades: a diálise peritoneal e a hemodiálise (HD)². Em 2008, havia mais de 87 mil pessoas em tratamento dialítico no Brasil, sendo a HD o tipo de terapia renal substitutiva mais utilizada, havendo uma tendência ao crescimento desse número diante da maior expectativa de vida e de avanços nas tecnologias terapêuticas³. No ano de 2011 havia 643 unidades renais ativas cadastradas na Sociedade Brasileira de Nefrologia, sendo estimados 91.314 pacientes em tratamento dialítico⁴.

Dentre as doenças de caráter crônico, a DRC dialítica é uma das que causa maior impacto nos aspectos biopsicossociais, afetando a qualidade de vida do indivíduo^{5,6}. Os indivíduos com DRC, sobretudo os que estão em terapia de HD, tornam-se inativos, perdem a motivação e apresentam problemas de ordem emocional, biológica e social⁶. Não existe consenso para o termo qualidade de vida, contudo existem alguns fatores que a constituem, como satisfação, qualidade em relacionamentos, acessibilidade, percepção de bem-estar, felicidade, liberdade, entre outros⁷.

Adicionalmente, o déficit nutricional constitui complicação prevalente na DRC, contribuindo de forma importante para a morbidade e mortalidade dos seus portadores, principalmente aqueles em diálise⁸. Censo realizado recentemente nas cinco regiões do Brasil encontrou prevalência de 14% de baixo peso entre os pacientes em tratamento dialítico⁹. Entretanto, há estudos que mostram evidências de desnutrição com percentuais superiores, chegando a 33%, em especial entre os pacientes em HD^{10,11}.

Portanto, torna-se imprescindível o conhecimento de como a DRC pode impactar na qualidade de vida e no estado nutricional do paciente hemodialítico.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e o estado nutricional dos pacientes cadastrados junto ao programa de HD da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília (Santa Casa de Marília), São Paulo, bem como verificar a existência de correlação entre esses dois aspectos.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Marília (protocolo número 462). O delineamento do estudo foi caracterizado como transversal, com população constituída pelos indivíduos cadastrados no tratamento dialítico no mês de agosto de 2012 no setor de HD da Santa Casa de Marília.

Foram utilizados como critérios de inclusão o comparecimento regular ao serviço há mais de 3 meses, idade superior a 18 anos e aceite para participar do estudo. Pacientes que realizaram transplante renal no passado, que estivessem clinicamente instáveis e ou apresentassem incapacidade de compreender ou responder aos questionamentos entraram nos critérios de exclusão adotados.

Os pacientes incluídos no estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem informações detalhadas sobre a natureza da investigação.

Os dados foram coletados durante os meses de agosto a outubro de 2012, por pesquisadores previamente treinados. As medidas antropométricas foram realizadas de acordo com as técnicas preconizadas por Lohman¹² e Gibson¹³. Os dados obtidos foram: peso seco, estatura, dobra cutânea tricipital (DCT) e circunferência do braço (CB). Foram calculados o índice de massa corpórea (IMC) e a circunferência muscular do braço (CMB).

O IMC foi avaliado com base nos pontos de corte preconizados pela Organização Mundial de Saúde¹⁴ e por Lipschitz¹⁵ para os pacientes com mais de 60 anos. Os demais indicadores antropométricos foram classificados de acordo com Frisancho¹⁶, considerando o percentil 50 para a normalidade da avaliação.

De modo complementar, foi coletado do prontuário do paciente o valor da albumina plasmática realizada nos últimos 30 dias. Esse dado bioquímico foi analisado segundo os padrões de referência propostos por Gibson¹³ para classificação do estado nutricional, sendo considerada normal quando >3,5 g/dL. Do prontuário do paciente foram coletados também os dados de idade, sexo e tempo de hemodiálise.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36), traduzido e validado para a língua portuguesa por Cicconelli et al.¹⁷. Esse instrumento é composto por 36 itens, subdivididos em 8 dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional (CF), aspecto físico (AF), dor física (DF), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (VT), aspecto social (AS), aspecto emocional (AE) e saúde mental (SM). Esse questionário apresenta um escore

final de 0 a 100, no qual 0 corresponde ao pior nível de qualidade de vida e 100 ao melhor¹⁸. Esse questionário é originalmente autoaplicável, entretanto, considerando possíveis dificuldades de leitura ou de preenchimento do mesmo, as questões foram lidas aos pacientes e foi solicitado que escolhessem a resposta que melhor se adequava ao seu caso.

As variáveis foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartil (percentil 25; percentil 75). Comparações entre os sexos foram feitas pelo teste *t* de Student. As correlações entre os escores de qualidade de vida, estado nutricional e tempo de hemodiálise foram avaliadas pelo teste de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 113 pacientes, representando 55% dos indivíduos cadastrados no mês de agosto de 2012 no setor de HD da Santa Casa de Marília. A perda amostral foi devido a não aceitação em participar da pesquisa ($n=32$), óbito ($n=3$), transferência para outra unidade de HD ($n=8$) ou enquadramento nos critérios de exclusão ($n=49$).

Dentre os avaliados, 63% eram homens. A média de idade foi de $56,1 \pm 13,5$ anos e o tempo médio de realização de HD pelos avaliados foi de $3,3 \pm 3,6$ anos, não havendo diferença significativa entre os sexos em relação a essas variáveis.

Com relação aos parâmetros antropométricos, o valor médio de IMC foi $25 \pm 4,9$ kg/m², não diferindo entre os sexos ($p=0,3431$) (Tabela 1). Com base nesse indicador antropométrico, 8% dos pacientes

Tabela 1: Parâmetros antropométricos, bioquímico e diagnóstico nutricional dos pacientes avaliados do setor de hemodiálise na Santa Casa de Marília, 2012.

	Total n=113	Sexo feminino n=42	Sexo masculino n=71
	Média±Desvio padrão		
IMC (kg/m ²)	25±4,9	26±5,5	25,1±4,5
Adequação da CMB (%)	96,6±15,6	108,5±15,8	90,3±11,1*
Adequação da DCT (%)	101,9±59,4	80,8±38	115,1±66*
Albumina (g/dL)	3,8±0,3	3,8±0,3	3,8±0,4
Diagnóstico nutricional	n (%)		
Baixo peso	9 (8)	2 (5)	7 (10)
Eutrofia	62 (55)	21 (50)	41 (58)
Excesso de peso	42 (37)	19 (45)	23 (32)

IMC: índice de massa corporal; CMB: circunferência muscular do braço; DCT: dobra cutânea tricentral. * $p < 0,05$ feminino versus masculino.

avaliados apresentavam baixo peso, 37% excesso de peso e 55% estavam eutróficos. Entre os avaliados, as porcentagens de adequação da CMB e da DCT se apresentaram, em média, dentro dos limites de normalidade de 90 a 110%. Entretanto, a adequação da CMB entre os homens foi significativamente menor em relação às mulheres ($p < 0,0001$). Já a adequação da DCT foi significativamente menor entre as mulheres ($p=0,0006$), a qual se encontrava abaixo da faixa de eutrofia nesse grupo.

A concentração média de albumina plasmática foi de $3,8 \pm 0,3$ g/dL, estando adequado do ponto de vista nutricional ($>3,5$ g/dL) e não apresentando diferença significativa entre os sexos (Tabela 1).

Não houve correlação significativa entre o tempo de HD e os valores de IMC, CMB e albumina plasmática. Entretanto, correlação fraca negativa ($r_s = -0,2279$) e significativa ($p=0,0151$) foi encontrada entre o tempo de HD e a medida da DCT.

Em relação à qualidade de vida, os resultados da aplicação do SF-36 mostraram que os aspectos da qualidade de vida mais comprometidos foram AF, com mediana 50 (amplitude interquartil 25–100) e EGS, com mediana 52 (amplitude interquartil 37–67) (Figura 1). Medianas mais elevadas foram encontradas no AE (100 e amplitude interquartil 100–100) e AS (87,5 e amplitude interquartil 50–100). Nas dimensões CF e SM as medianas foram 70 (amplitude interquartil 40–85) e 76 (amplitude interquartil 60–96), respectivamente. Valores de mediana próximos foram encontrados nas dimensões DF (62 e amplitude interquartil 42–100) e vitalidade (VT) (60 e amplitude interquartil 45–80).

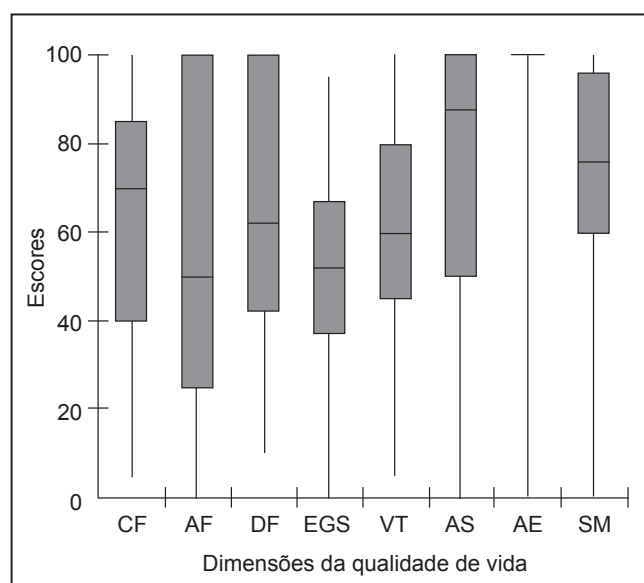


Figura 1: Escores obtidos nas dimensões de qualidade de vida abordadas pelo questionário SF-36 aplicado nos pacientes avaliados do setor de hemodiálise na Santa Casa de Marília ($n=113$), 2012.

Entre os sexos, foi encontrada diferença significativa nas dimensões DF ($p=0,0102$), VT ($p=0,0384$) e AE ($p=0,0011$), as quais apresentaram escores maiores entre os homens (Tabela 2).

O teste de Spearman não indicou correlação significativa entre tempo de HD e as dimensões da qualidade de vida. Entretanto, foi verificada correlação negativa na dimensão DF, ou seja, quanto maior o tempo ao qual o paciente está sendo submetido à HD, menor é a pontuação em relação à DF, refletindo comprometimento nesse aspecto da qualidade de vida.

Não houve correlação significativa entre os diferentes aspectos da qualidade de vida avaliados no SF-36 e o IMC (Tabela 3). Nas mulheres, as correlações foram predominantemente positivas, indicando que quanto menor o IMC, menores são os escores dos aspectos da qualidade de vida, ou seja, maior comprometimento. Já entre os homens, dentre as oito dimensões da qualidade de vida avaliadas, quatro delas (CF, EGS, VT e AE) apresentaram correlação negativa com o IMC, mostrando que quanto maior o valor desse indicador nutricional, menores são os escores desses aspectos.

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes em programa de HD na Santa Casa de Marília e verificar a existência de correlação entre esses dois aspectos.

Com relação ao estado nutricional, nossos resultados apontam que, com base no IMC, há prevalência de eutrofia (55%) e maior percentual de pacientes com excesso de peso (37%) do que com baixo peso (8%). Em 2010, Stefanelli et al.¹⁹ traçaram o perfil nutricional dos pacientes cadastrados no mesmo programa de HD onde foi desenvolvido o presente estudo, quando foram avaliados 137 indivíduos, tendo sido encontrado 54% de pacientes eutróficos, 34% com excesso de peso e 12% com baixo peso segundo o IMC. Apesar do tempo passado, o perfil nutricional encontrado atualmente se mantém muito semelhante ao de 2010.

Estudos realizados em diversas regiões do Brasil apresentam diferentes perfis nutricionais dos pacientes em HD²⁰⁻²⁴. Apesar das diferenças nos perfis nutricionais das populações desses estudos, observa-se prevalência

Tabela 2: Pontuações, segundo o sexo, referentes às oito dimensões de qualidade de vida dos pacientes avaliados do setor de hemodiálise na Santa Casa de Marília, 2012.

Dimensões da qualidade de vida	Sexo feminino n=42	Sexo masculino n=71	Valor p
Capacidade funcional (CF)	75 (40–80)	70 (37,5–87,5)	0,7812
Aspecto físico (AF)	62,5 (25–100)	50 (25–87,5)	0,9050
Dor física (DF)	56,5 (30–93)	84 (51,5–100)	0,0102*
Estado geral de saúde (EGS)	52 (37–71,9)	52 (34,5–67)	0,7201
Vitalidade (VT)	52,5 (36–73,7)	65 (50–82,5)	0,0384*
Aspecto social (AS)	75 (50–100)	87,5 (50–100)	0,3031
Aspecto emocional (AE)	100 (33–100)	100 (100–100)	0,0011*
Saúde mental (SM)	70 (53–92)	80 (62–96)	0,0793

Variáveis expressas como mediana e amplitude interquartil (P25–P75).

Tabela 3: Correlação entre o índice de massa corpórea e as oito dimensões de qualidade de vida nos pacientes avaliados do setor de hemodiálise na Santa Casa de Marília, 2012.

IMC (kg/m ²)	Sexo feminino n=42		Sexo masculino n=71	
	rs	Valor p	rs	Valor p
Capacidade funcional (CF)	0,0058	0,9707	- 0,0168	0,8896
Aspecto físico (AF)	- 0,0375	0,8136	0,0648	0,5911
Dor física (DF)	0,1855	0,2396	0,0104	0,9313
Estado geral de saúde (EGS)	0,1870	0,2356	- 0,0591	0,6247
Vitalidade (VT)	0,0303	0,8487	- 0,0290	0,8100
Aspecto social (AS)	0,2052	0,1922	0,0118	0,9219
Aspecto emocional (AE)	0,0598	0,7069	- 0,0679	0,5735
Saúde mental (SM)	0,1789	0,2568	0,1221	0,3103

IMC: índice de massa corporal; rs: coeficiente de correlação de Spearman.

de eutrofia, seguida do percentual de excesso de peso e menor de baixo peso, corroborando nossos achados.

Neste estudo foi verificado que as porcentagens de adequação da CMB (96,6%) e da DCT (101,9%) apresentaram-se, em média, dentro dos limites de normalidade. Silva et al.²³ encontrou, entre a sua população de estudo, que a amostra feminina apresentava valores maiores de porcentagem de adequação de CB e de CMB, enquanto que os homens apresentaram porcentagem de DCT significativamente maior que as mulheres ($p < 0,05$). Esse dado vem de encontro ao verificado neste estudo, no qual a adequação da CMB entre os homens foi significativamente menor em relação às mulheres ($p < 0,0001$) e a adequação da DCT foi significativamente menor entre as mulheres ($p = 0,0006$), apesar destas apresentarem valor médio de IMC superior em relação aos homens.

Na avaliação bioquímica utilizada neste estudo, o valor de albumina se mostrou dentro dos parâmetros adequados como marcador do estado nutricional (3,8 g/dL). Média superior a este estudo foi encontrada por Silva et al.²³, $4,11 \pm 0,41$ g/dL. Considerando que diversos estudos²⁵⁻²⁷ demonstraram que a albumina é o preditor de morte mais potente em pacientes em HD, a preocupação com esse marcador nutricional se torna imperativa.

No ano de 2000, estudo realizado na Califórnia com 3.009 pacientes verificou que as medidas da composição corporal tendem a ser menores após manutenção de 2 anos de tratamento dialítico, concluindo que a terapia dialítica prolongada está associada a um significativo declínio de todos os parâmetros de avaliação nutricional²⁸. Batista et al.²⁹ também observaram uma tendência à maior média de tempo dialítico no grupo de pacientes classificados com depleção de massa adiposa. Essa relação não foi encontrada em nosso estudo para nenhum dos parâmetros do estado nutricional avaliados. Entretanto, no levantamento realizado com pacientes da mesma unidade de HD em 2010 por Stefanelli et al.¹⁹, foi observada correlação negativa significativa entre o tempo de HD e o IMC.

Estudos prévios documentam importante rebaixamento no nível de qualidade de vida de pacientes portadores de DRC em tratamento dialítico, incluindo HD³⁰⁻³². Em decorrência dessas constatações, muitos pesquisadores têm se dedicado a estudar a qualidade de vida nessa população. Em nosso estudo, a partir da aplicação do questionário genérico SF-36, foi observado declínio em diversas dimensões da qualidade de vida, em especial no AF e EGS. No outro extremo estiveram AS e AE, os quais apresentaram medianas mais elevadas indicando menor comprometimento. Resultados semelhantes foram encontrados por Santos et al.²¹ em Sobral, Ceará, e por Silveira et al.³² em Belém, Pará, também com o uso do SF-36. Santos et al.²¹ igualmente verificaram que as dimensões AF e EGS foram aquelas mais comprometidas, ao passo que AS e SM foram

as que apresentaram maiores escores, ou seja, menor comprometimento. Silveira et al.³² verificaram que o AF foi a dimensão que mais apresentou pacientes (58%) no menor quartil, enquanto que AS, AE, DF e SM tiveram maiores porcentagens nos quartis mais elevados.

Fahur et al.⁵, usando o instrumento *Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form (KDQOL-SF)*, avaliou a qualidade de vida de 27 pacientes do Instituto do Rim de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, verificando que os domínios relacionados ao papel profissional, funcionamento físico, vitalidade e função mental se mostraram muito alterados nesses pacientes. Também no interior do Estado de São Paulo, em Araras, 16 pacientes com DRC que faziam tratamento hemodialítico tiveram a qualidade de vida avaliada por Cunha et al.³³, por meio do SF-36, que detectaram que as pontuações foram mais elevadas nos domínios AS e AE, enquanto que DF e VT apresentaram escores mais baixos.

Em 2011, 130 pacientes da mesma unidade de HD alvo deste estudo tiveram a qualidade de vida avaliada por Ferreira e Silva³⁴ usando o Inventário de Depressão de Beck e a Escala de WHOQOL-bref. Nesse estudo foi comparada a qualidade de vida dos pacientes sem depressão com aqueles com algum grau de depressão. Esses pesquisadores concluíram que, apesar da baixa prevalência de quadros depressivos entre os pacientes avaliados, há melhores índices de qualidade de vida em pacientes sem depressão. Também nesse estudo, os escores médios em uma escala de 0 a 100 do WHOQOL-bref obtidos indicaram que o domínio da qualidade de vida mais comprometido foi o AF.

Resultados deste estudo e de outros sugerem que pacientes com DRC em HD vivenciam um nível baixo de qualidade de vida, sendo que o domínio AF é afetado cronicamente.

A análise da influência do tempo de HD sobre a qualidade de vida se mostrou não significativa, tendo sido observada correlação negativa apenas na dimensão DF, ou seja, quanto maior o tempo de HD menor o escore e maior o comprometimento nesse aspecto. Essa correlação também foi avaliada por Cunha et al.³³, os quais observaram que o subgrupo que realizava HD há mais de 48 meses apresentou significância ($p = 0,02$) apenas no domínio EGS em relação ao subgrupo com menor tempo de HD. Santos e Pontes³⁵ aplicaram o SF-36 nos anos de 2004 e 2005 em 93 pacientes de uma mesma unidade hospitalar localizada no interior do Estado do Ceará. Esses pesquisadores verificaram que de um ano para o outro houve melhora nas dimensões AE e SM, enquanto que os pacientes que se encontravam a menos tempo em HD apresentaram piora no componente SM.

Ao correlacionarmos o IMC com os aspectos da qualidade de vida contemplados no SF-36, não encontramos

significância. Entretanto, vimos que entre as mulheres as correlações foram predominantemente positivas, indicando que quanto maior o IMC, maior a pontuação e, portanto, melhor a qualidade de vida. Entre os homens, metade das dimensões avaliadas (CF, EGS, VT e AE) apresentaram correlação negativa com o IMC, mostrando que quanto maior o valor desse indicador nutricional, piores se apresentam esses aspectos, apontando para o fato do excesso de peso prejudicá-los. De modo semelhante, Cunha et al.³³ também encontraram significância estatística ($p < 0,01$) na correlação entre IMC e CF, tendo o subgrupo com peso considerado normal ou inferior apresentado média superior à do subgrupo com IMC superior a $24,9 \text{ kg/m}^2$. Santos et al.²¹ não verificaram diferença entre as pontuações do SF-36 em função das categorias desnutridos e não desnutridos, segundo o IMC. Entretanto, nos pacientes do sexo feminino foram encontradas menores pontuações entre as desnutridas em relação às dimensões EGS, AS e CF. No estudo de Silveira et al.³² foram observados resultados diferentes aos encontrados por nós, sendo que a população masculina apresentou piores escores do que a feminina quanto ao AF e VT e os pacientes em HD há mais de um ano apresentaram melhores níveis no domínio AS e CF.

Os dados aqui discutidos mostram que avaliações periódicas do estado nutricional e da qualidade de vida dos pacientes podem permitir a identificação daqueles comprometidos, os quais deverão receber suporte especializado.

CONCLUSÃO

O estado nutricional de eutrofia foi prevalente entre os pacientes avaliados, embora um percentual relevante de excesso de peso tenha sido verificado. A qualidade de vida associada à saúde se mostrou globalmente diminuída entre os indivíduos avaliados, em especial no AF e EGS, sugerindo influência negativa da presença de doença crônica com tratamento prolongado sobre esses aspectos.

Conclui-se que a realização do diagnóstico nutricional e a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde podem servir de instrumento às equipes multidisciplinares, tanto na avaliação do prognóstico como no planejamento das intervenções com o objetivo de minimizar as comorbidades e alterações psicossociais dos pacientes portadores de DRC. Assim, sugerimos que tais procedimentos sejam incorporados à rotina no seguimento desses pacientes.

AGRADECIMENTO

Ao Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (CNPq/PIBIC) pela concessão de bolsa de Iniciação Científica a um dos autores deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Júnior JER. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Bras Nefrol.* 2004; 3(Suppl 1):1-3.
2. Lugon JR, Matos JPS, Warrak EA. Hemodiálise. In: Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 869-907.
3. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Junior JE, Lugon J. Relatório do censo brasileiro de diálise, 2008. *J Bras Nefrol.* 2008; 30(4):233-8.
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acesso em: 02 mar 2013.
5. Fatur BS, Yen LS, Ferrari GNB, Padulla SAT, Miranda RCV. Avaliação da qualidade de vida com instrumento KDQOL-SF em pacientes que realizam hemodiálise. *Colloquium Vitae.* 2010; 2(2):17-21.
6. Barbosa LMM, Andrade Júnior MP, Bastos KA. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 2007 dez; 29(4):222-9.
7. Kluthchovsk ACGC, Takayanagui AMM. Qualidade de vida: aspectos conceituais. *Rev Salus.* 2007; 1(1):13-5.
8. Kuhlmann MK, Kribben A, Wittwer M, Hörl WH. OPTA - malnutrition in chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant.* 2007; 22(Suppl 3):iii13-9.
9. Biavo BMM, Tzanno-Martins C, Cunha LM, Araujo ML, Ribeiro MMC, Sachs A, Uezima CBB, Draibe SA, Rodrigues CIS, Barros EJG. Aspectos nutricionais e epidemiológicos de pacientes com doença renal crônica submetidos a tratamento hemodialítico no Brasil, 2010. *J Bras Nefrol.* 2012 jul-set; 34(3):206-215.
10. Aparício M, Cano N, Chauveau P, Azar R, Canaud B, Flory A, Laville M, Leverve X. Nutritional status of hemodialysis patients: a French national cooperative study. French Study Group for Nutrition in Dialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 1999; 14(7):1679-86.
11. Categori A, Barros EG, Veronese FV, Thomé FS. Malnourished patients on hemodialysis improve after receiving a nutritional intervention. *J Bras Nefrol.* 2011 dez; 33(4):394-401.

REFERÊNCIAS

12. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Abridged Edition. Champaign: Human Kinetics Books; 1988.
13. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. 2 ed. Nova Iorque: Oxford University Press; 2005.
14. WHO – World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical Report Series 854. Geneva: WHO; 1995.
15. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994 mar; 1(21):55-67.
16. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 1990.
17. 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 mai-jun; 39(3):143-50.
18. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 jun; 30(6):473-83.
19. Stefanelli C, Andreotti FD, Quesada KR, Detregiachi CRP. Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. *J Health Sci Inst*. 2010; 28(3):268-71.
20. Valenzuela RGV, Giffoni AG, Cuppari L, Canziani MEF. Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. *Rev Assoc Med Bras*. 2003 jan-mar; 49(1):72-8.
21. Santos PR, Coelho MR, Gomes NP, Josué CEP. Associação de indicadores nutricionais com qualidade de vida em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2006 abr-jun; 28(2):57-64.
22. Calado IL, Silva AAM, França AKTC, Santos AM, Filho NS. Diagnóstico nutricional de pacientes em hemodiálise na cidade de São Luís (MA). *Rev Nutr*. 2009 set-out; 22(5):687-96.
23. Silva TPC, Liberali R, Ferreira RS, Coutinho VF, Pilon B. Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise nos Serviços Médicos Integrados em Nefrologia, Campo Grande-MS. *Ensaio e C*. 2010; 14(1):51-63.
24. Oliveira GTC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Cherchiglia ML, Correia MITD. Avaliação nutricional de pacientes submetidos à hemodiálise em centros de Belo Horizonte. *Rev Assoc Med Bras*. 2012 mar-abr; 58(2):240-47.
25. Marreiro DN, Lemos JO, Moura JFF, Franco NO, Pires LV, Silva AMO, Rocha VS, Sousa A, Ferreira CM, Marreiros CA. Estado nutricional de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev Bras Nutr Clín*. 2007 jul-set; 22(3):189-93.
26. Santos NSJ, Draibe SA, Kamimura MA, Cuppari L. Albumina sérica como marcador nutricional de pacientes em hemodiálise. *Rev Nutr*. 2004 jul-set; 17(3):339-49.
27. Cardozo MT, Vieira IO, Campanella LCA. Alterações nutricionais em pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise. *Rev Bras Nutr Clín*. 2006 out-dez; 21(4):284-89.
28. Chertown GM, Johansen KL, Lew N, Lazarus JM, Lowrie EG. Vintage, nutritional status, and survival in hemodialysis patients. *Kidney Int*. 2000 mar; 57(3):1176-81.
29. Batista T, Vieira IO, Azevedo LC. Avaliação nutricional de pacientes mantidos em programas de hemodiálise crônica. *J Bras Nefrol*. 2004 set; 26(3):113-20.
30. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2001; 16(7):1387-94.
31. Santos PR. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *J Bras Nefrol*. 2005 jun; 27(2):70-5.
32. Silveira CB, Pantoja IKOR, Silva ARM, Azevedo RN, Sá NB, Turriel MGP, Nunes MBG. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. *J Bras Nefrol*. 2010 mar; 32(1):39-44.
33. Cunha MS, Andrade V, Guedes CAV, Meneghetti CHZ, Aguiar AP, Cardoso AL. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. *Fisioter Pesqui*. 2009 jan; 16(2):155-60.
34. Ferreira RC, Silva Filho CR. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol*. 2011 abr-jun; 33(2):129-35.
35. Santos PR, Pontes LRSK. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev Assoc Med Bras*. 2007 ago; 53(4):329-34.

Endereços para correspondência:**Cláudia Rucco Penteado Detregiachi**

claurucco@gmail.com

Karina Rodrigues Quesada

karinaquesada@ig.com.br

Ana Augusta Mendes de Oliveira

ana_augusta_oliveira@hotmail.com

Marília Regina dos Santos Valença

ma.62valenca@gmail.com

Eduardo Fuzetto Cazañas

duducomcristo@hotmail.com