

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISES

Amanda Santos Andrade¹

Josivânia Santos Lima¹

Ana Dorcas de Melo Inagaki¹

Caique Jordan Nunes Ribeiro¹

Luzineide de Jesus Bezerra Modesto¹

Mariana Costa Larré¹

Ana Cristina Freire Abud¹

(<https://orcid.org/0000-0002-0102-7585>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1076-0404>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4709-1013>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9767-3938>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3199-922X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8108-4362>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7940-2648>)

Descritores

Acesso aos serviços de saúde; Diálise renal; Disparidades nos níveis de saúde; Falência renal crônica; Qualidade de vida; Terapia de substituição renal

Descriptors

Health services accessibility; Renal dialysis; Health status disparities; Kidney failure chronic; Quality of life; Renal replacement therapy

Descriptores

Accesibilidad a los servicios de salud; Diálisis renal; Disparidades en el estado de salud; Fallo renal crónico; Calidad de vida; Terapia de reemplazo renal

Recebido

14 de Abril de 2020

Aceito

14 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Ana Cristina Freire Abud
E-mail: acfabud@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Comparar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, que residiam na cidade onde realizavam o tratamento com aqueles que residiam em outros municípios do estado de Sergipe.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo, realizado em uma clínica de diálise em Sergipe. A amostra foi composta por 170 pacientes adultos, em tratamento hemodialítico com condições cognitivas para responder ao formulário. O desfecho qualidade de vida foi mensurado por meio da versão brasileira do Kidney Disease and Quality-Of-Life Short-Form (KDQOL-SF). Dados sociodemográficos e de acesso ao serviço foram considerados variáveis dependentes para comparação entre os grupos.

Resultados: Independente da procedência e das características sociodemográficas dos participantes, baixos escores de qualidade de vida foram encontrados em todos os componentes da avaliação, especialmente médias inferiores a 50. Por outro lado, percebeu-se que os pacientes provenientes do interior apresentaram maiores escores de qualidade de vida.

Conclusão: pacientes do sexo masculino, com idade média de 40 anos, com maior escolaridade e procedentes do interior apresentaram melhores escores para qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To compare the quality of life of patients undergoing hemodialysis, who lived in the city where they underwent treatment with those who lived in other municipalities in the state of Sergipe.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive and comparative study, carried out in a dialysis clinic in Sergipe. The sample consisted of 170 adult patients undergoing hemodialysis with cognitive conditions to respond to the form. The quality of life outcome was measured using the Brazilian version of Kidney Disease and Quality-Of-Life Short-Form (KDQOL-SF). Sociodemographic and service access data were considered dependent variables for comparison between groups.

Results: Regardless of the origin and sociodemographic characteristics of the participants, low scores for quality of life were found in all components of the assessment, especially means below 50. On the other hand, it was noticed that patients from the countryside had higher quality scores of life.

Conclusion: Male patients, with an average age of 40 years, with higher education and coming from the interior had better scores for quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Comparar la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis, que vivían en la ciudad donde se sometieron a tratamiento con los que vivían en otros municipios del estado de Sergipe.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y comparativo, realizado en una clínica de diálisis en Sergipe. La muestra consistió en 170 pacientes adultos sometidos a hemodiálisis con condiciones cognitivas para responder a la forma. El resultado de la calidad de vida se midió utilizando la versión brasileña de la enfermedad renal y la forma corta de la calidad de vida (KDQOL-SF). Los datos sociodemográficos y de acceso al servicio se consideraron variables dependientes para la comparación entre grupos.

Resultados: Independientemente del origen y las características sociodemográficas de los participantes, se encontraron puntajes bajos para la calidad de vida en todos los componentes de la evaluación, especialmente los medios por debajo de 50. Por otro lado, se observó que los pacientes del campo tenían puntajes de calidad más altos. de la vida.

Conclusión: Los pacientes varones, con una edad promedio de 40 años, con educación superior y provenientes del interior, obtuvieron mejores puntajes de calidad de vida.

¹Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil.

Como citar:

Andrade AS, Lima JS, Inagaki AD, Ribeiro CJ, Modesto LJ, Larré MC, et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Enferm Foco*. 2021;12(1):20-5.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3451

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) resulta da perda parcial ou total da função excretora do rim, o qual se torna incapaz de continuar a exercer adequadamente suas funções homeostáticas e desintoxicantes, resultando no desequilíbrio hidroeletrólítico e retenção de catabólitos.⁽¹⁾

O tratamento pode ser realizado por meio de terapias renais substitutivas (TRS) como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante, que objetivam, não somente, prolongar a vida do doente, mas também proporcionar reabilitação e melhor qualidade de vida (QV).⁽¹⁾ A hemodiálise consiste na retirada de líquido e substâncias tóxicas do sangue através de uma máquina de diálise.

De acordo com o inquérito brasileiro de diálise crônica, houve um aumento de 28,9 mil pacientes em uso de TRS nos últimos cinco anos, passando de 97.586, em 2012, para 126.583 pacientes, em 2017, dos quais quase metade encontra-se na região Sudeste. As duas principais causas da DRC foram hipertensão e diabetes, correspondendo a 34,0% e 31,0% dos casos, respectivamente.⁽²⁾

A hemodiálise provoca uma série de problemas relacionados aos aspectos físicos, psicológicos e sociais para esse grupo de pacientes. Outro fator é a convivência frequente com a negação e as consequências do desenvolvimento da doença, tendo em vista ser um tratamento doloroso, com limitações físicas que refletem na QV.⁽³⁾

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),⁽⁴⁾ a QV é a percepção da pessoa quanto à sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais ela vive, assim como quanto aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QV tem se tornado um importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área de saúde, sendo que as atenções começaram a se voltar, muito recentemente, para uma terapêutica visando à QV do paciente renal crônico como um fator relevante no cenário da terapêutica renal.⁽⁵⁾

Ante o exposto, este estudo objetivou comparar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, que residiam na cidade onde realizavam o tratamento com aqueles que residiam em outros municípios do estado de Sergipe.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, comparativo, descritivo, com abordagem quantitativa.

A população consistiu em 237 pacientes, provenientes de todo estado de Sergipe, com diagnóstico de DRC e que realizavam hemodiálise na clínica em uma clínica especializada em TRS da cidade de Aracaju. A amostra foi composta

por 170 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam em tratamento hemodialítico há um período de, no mínimo, dois meses e que possuíam boas condições cognitivas para responder ao formulário.

A pesquisa foi realizada em uma clínica especializada em TRS da cidade de Aracaju, Sergipe, nos meses de novembro e dezembro de 2015 e janeiro de 2016.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: um formulário elaborado pelos pesquisadores com dados sociodemográficos e de mobilidade, e a versão brasileira do *Kidney Disease and Quality-Of-Life Short-Form* (KDQOL-SF).⁽⁶⁾

O KDQOL-SF é um instrumento que inclui o *Medical Outcomes Study (MOS) 36 item Short-form Health Survey* (SF-36) como uma medida genérica que avalia a saúde geral do indivíduo e consiste em oito domínios sobre saúde física e mental; capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas de saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens) e percepção da saúde geral (5 itens). Em suplemento ao SF 36, tem-se uma escala multi-itens abordando indivíduos com DRC em diálise, que inclui quarenta e três itens direcionados à doença renal; sintomas/problemas físicos (12 itens), efeitos da doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), situação de trabalho (2 itens) função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Incluem ainda dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio de equipe profissional de diálise e um item sobre satisfação do paciente.⁽⁷⁾

O KDQOL-SF caracteriza-se como um método em que os escores dos itens variam entre 0 e 100, os valores menores se aproximam do correspondente à QV menos favorável, enquanto os escores mais altos se aproximam de 100, refletem melhor QV. Alguns itens apresentam-se em escalas invertidas que são transformadas durante a análise. Para responder a alguns itens, os pacientes precisam recordar-se das últimas quatro semanas anteriores à data de preenchimento do instrumento.⁽⁷⁾

Os dados foram submetidos à análise descritiva e estão apresentados em tabelas, sob a forma de média e desvio padrão. As variáveis relacionadas à QV foram avaliadas utilizando-se o programa de análise disponibilizado pelo KDQOL-SF *Working Group*. A comparação das medidas de tendência central dos escores, segundo procedência, variáveis sociodemográficas e de acessibilidade foi realizada por meio dos testes t de Student (paramétrico) e Wilcoxon

(não paramétrico). As médias foram ditas diferentes, se o p-valor calculado foi menor que o nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram feitas no software R, versão 3.2.3.

O estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 50162915.2.0000.5546. Parecer: 1.353.368).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 170 indivíduos, predominantemente do sexo masculino (64,1%); com faixa etária entre 51 e 60 anos (30,6%); procedentes do interior do estado (52,9%); com companheiro fixo (66,5%); pertencentes à baixa classe média (58,8%); de cor parda (71,8%) e com ensino fundamental incompleto (59,4%). Evidenciou-se a presença de um paciente com idade menor que 20 anos.

Quanto às condições para realização do tratamento, 110 (64,7%) pacientes possuíam acompanhante; 110 (64,7%) gastavam cerca de uma hora para locomoção até a clínica e 141 (82,9%) utilizavam transporte público.

Questionados quanto ao conforto durante a viagem, entre os pacientes procedentes de Aracaju, prevaleceram aqueles que consideravam o transporte confortável (61,3%); já aqueles procedentes do interior consideravam desconfortável (57,8%).

Independente da procedência e características socio-demográficas dos participantes desse estudo, baixos escores de QV foram encontrados em todos os componentes da avaliação, especialmente médias inferiores a 50 (Tabela 2). Por outro lado, em grande parte das variáveis analisadas, percebeu-se que os pacientes provenientes do interior apresentaram maiores escores de QV. De um modo geral, quanto aos efeitos da doença na QV, os pacientes da capital do estado apresentaram os piores escores. Renda inferior a 291 reais e cor da pele parda estiveram associadas com menores escores de QV ($p < 0,05$), enquanto pacientes brancos da capital apresentaram maior escore relacionado aos efeitos da doença (71,53) (Tabela 2). Os piores escores de QV estiveram presentes no componente físico. Os residentes do interior com nível superior apresentaram o maior escore (47,23) e aqueles sem escolaridade da capital, o menor (34,08). Indivíduos pardos do interior apresentaram escore estatisticamente superior quando comparados aos da capital ($p < 0,05$) (Tabela 2). Em relação ao componente mental, pacientes do interior, pertencentes à faixa etária de 51 a 60 anos e aqueles com escolaridade superior, apresentaram o menor (38,54) e o maior escore (50,56),

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos de acordo com as categorias e a procedência dos pacientes

Variáveis	Aracaju n(%)	Interior n(%)	Total n(%)
Sexo			
Masculino	50(45,8)	59(54,2)	109(64,1)
Feminino	30(49,2)	31(50,8)	61(35,9)
Idade			
≤ 20 anos	0(0,0)	1(100,0)	1(0,6)
21 - 30	5(38,5)	8(61,5)	13(7,6)
31 - 40	10(52,7)	9(47,3)	19(11,2)
41 - 50	18(47,4)	20(52,6)	38(22,4)
51 - 60	23(44,3)	29(55,7)	52(30,6)
> 60	24(51,1)	23(48,9)	47(27,6)
Estado Civil			
Com companheiro	52(46,1)	61(53,9)	113(66,5)
Sem companheiro	28(49,2)	29(50,8)	57(33,5)
Renda per capita			
Pobre	10(47,6)	11(52,4)	21(12,4)
Vulnerável	10(47,6)	11(52,4)	21(12,4)
Baixa classe média	43(43,0)	57(57,0)	100(58,8)
Média classe média	7(58,4)	5(41,6)	12(7,0)
Alta classe média	10(62,5)	6(37,5)	16(9,4)
Cor da pele			
Pardo	54(44,3)	68(55,7)	122(71,8)
Negro	17(53,2)	15(46,8)	32(18,8)
Branco	9(41,7)	7(58,3)	16(9,4)
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	44(43,6)	57(56,4)	101(59,4)
Fundamental completo	3(37,5)	5(62,5)	8(4,7)
Médio incompleto	5(41,7)	7(58,3)	12(7,0)
Médio completo	17(63,0)	10(37,0)	27(15,9)
Superior Incompleto	3(50,0)	3(50,0)	6(3,5)
Superior Completo	4(100,0)	0(0,0)	4(2,5)
Sem escolaridade	4(33,4)	8(66,6)	12(7,0)
Acompanhante			
Cuidador familiar	43(39,1)	67(60,9)	110(64,7)
Sem acompanhante	36(66,7)	18(33,3)	54(31,8)
Cuidador não familiar	1(20,0)	4(80,0)	5(3,5)
Horas de Viagem			
1	77(70,0)	33(30,0)	110(64,7)
1 + 2	3(5,8)	49(94,2)	52(30,6)
2 + 3	0(0,00)	8(100,0)	8(4,7)
Transporte			
Público	58(41,2)	83(58,8)	141(82,9)
Privado	22(75,9)	7(24,1)	29(17,1)
Conforto			
Sim	49(56,4)	38(43,6)	87(51,2)
Não	31(37,4)	52(62,6)	83(48,8)

respectivamente. Residentes do interior com idade superior a 60 anos apresentaram QV estatisticamente superior aos da capital ($p < 0,05$) (Tabela 2).

No que tange aos dados relacionados à acessibilidade e o componente efeitos da doença, pacientes procedentes do interior utilizando transporte privado apresentaram maior escore (69,20), enquanto o menor escore foi apresentado por aqueles residentes na capital que consideraram o transporte desconfortável (43,5) (Tabela 3). Em relação ao componente físico, a totalidade dos pacientes apresentou baixo escore de QV, sendo o menor escore entre aqueles procedentes da capital e com acompanhante (36,06) e o

Tabela 2. Distribuição dos efeitos da doença renal, componentes físico e mental de acordo com os dados sociodemográficos

Variáveis	Efeitos da doença			Componente físico			Componente mental		
	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>
Sexo									
Feminino	50,94	58,67	0,2100 ^a	35,73	39,90	0,0583 ^a	40,10	39,35	0,7765 ^a
Masculino	55,44	59,27	0,3373 ^a	39,64	40,17	0,7530 ^a	41,52	43,98	0,1412 ^a
Faixa etária									
Até 40	53,54	65,97	0,0938 ^a	44,09	46,37	0,3500 ^a	40,46	45,82	0,0873 ^a
41-50	54,34	61,56	0,3441 ^a	37,99	41,50	0,2279 ^a	42,09	39,66	0,3900 ^a
51-60	55,98	50,43	0,3987 ^a	38,21	38,11	0,9661 ^a	40,31	38,54	0,5137 ^a
>60	51,30	62,36	0,1150 ^a	34,59	36,40	0,6626 ^b	41,13	46,89	0,0426 ^a
Renda									
Até R\$291,00	42,97	64,06	0,0060 ^b	36,09	41,22	0,0966 ^a	38,68	43,80	0,0562 ^a
R\$292,00 a 441,00	52,69	54,93	0,6139 ^a	38,34	39,63	0,4396 ^a	39,32	40,59	0,5095 ^a
>R\$ 441,00	69,12	70,45	0,8776 ^a	40,22	40,13	0,9782 ^a	47,92	48,84	0,7697 ^a
Escolaridade									
Sem escolaridade	50,00	59,38	0,5895 ^a	34,08	36,74	0,6651 ^a	39,25	43,61	0,6137 ^a
Fundamental	54,52	60,13	0,1846 ^b	38,16	39,28	0,6640 ^b	41,48	41,92	0,8139 ^a
Médio	50,71	54,23	0,5998 ^a	38,93	43,29	0,1174 ^a	40,77	42,03	0,6756 ^a
Superior	60,27	63,54	0,8850 ^a	38,27	47,23	0,5167 ^b	39,33	50,56	0,1833 ^b

^aTeste t de Student; ^bTeste de Wilcoxon

Tabela 3. Distribuição dos efeitos da doença renal, componentes físico e mental de acordo com os dados de acessibilidade

Variáveis	Efeitos da doença			Componente Físico			Componente Mental		
	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>
Presença de acompanhante									
Sim	50,21	58,63	0,0579 ^b	36,06	39,53	0,0443 ^a	39,59	42,09	0,1707 ^a
Não	58,07	61,46	0,5563 ^a	40,76	42,02	0,5307 ^a	42,69	43,43	0,7900 ^a
Horas de viagem									
Até 1 hora	53,45	50,29	0,5666 ^b	38,17	41,28	0,1199 ^a	40,94	40,82	0,9529 ^a
Mais que 1 hora	61,46	64,20	0,6346 ^a	38,36	39,34	0,8300 ^a	42,03	43,22	0,5999 ^a
Tipo de transporte									
Privado	59,09	69,20	0,4519 ^a	41,63	48,18	0,0132 ^b	41,80	44,98	0,5055 ^a
Público	51,72	58,35	0,0759 ^b	36,87	39,34	0,0984 ^a	40,68	42,14	0,3744 ^a
Conforto									
Não confortável	43,75	53,00	0,0441 ^b	36,63	39,52	0,1591 ^a	38,46	39,39	0,6364 ^a
Confortável	60,08	67,52	0,0946 ^b	39,16	40,72	0,3747 ^a	42,58	46,34	0,0603 ^a

^aTeste t de Student; ^bTeste de Wilcoxon

maior escore entre os procedentes do interior que utilizavam transporte privado (48,18), com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). No que diz respeito ao componente mental, pacientes procedentes da capital que consideravam o transporte desconfortável apresentaram o menor escore (38,46), enquanto os procedentes do interior que consideravam o transporte confortável, o maior escore (46,34).

DISCUSSÃO

A transição epidemiológica ocorrida no Brasil tem trazido diversos desafios à rede de atenção à saúde. Condições crônicas como a DRC exigem do serviço de saúde uma abordagem multidisciplinar, proativa e longitudinal para o manejo dos casos. Em contrapartida, os pacientes que convivem com a DRC necessitam reorganizar a sua vida, adaptando-a às limitações causadas pela doença.

Nesse sentido, nosso estudo demonstrou que a DRC impacta significativamente a QV dos pacientes, em todos

os seus componentes, uma vez que os escores de QV encontrados foram baixos em todas as dimensões. Apesar de alguns valores apresentarem-se discretamente maiores, estiveram longe de representarem uma boa QV.

A predominância do sexo masculino em nossos resultados pode ser reflexo da baixa procura aos serviços de saúde pelos homens, sobretudo em relação aos cuidados de promoção da saúde e prevenção das doenças. Estudo realizado no sul do país identificou que 58,23% das pessoas que realizavam hemodiálise eram do sexo masculino e situavam-se na faixa etária entre 40 a 65 anos⁸, resultado semelhante ao encontrado nesse estudo.

Escore de QV mais elevados foram encontrados entre os homens, assim como a avaliação entre pacientes do interior e capital, os maiores escores continuaram sendo para o sexo masculino residentes no interior. Isto pode estar relacionado ao fato de que a mulher, mesmo doente, continua com as responsabilidades domésticas e de cuidadora da família.

Em relação à faixa etária, o maior número de pacientes encontrava-se com idade maior que 60 anos e residia em sua maioria no interior. Estudo similar observou que 57 anos foi a média de idade encontrada para os pacientes em tratamento hemodialítico.⁽⁹⁾ Considerando que a DRC ocorre com maior frequência em pessoas com idade mais avançada, a maior prevalência dessa faixa etária era esperada. Ademais, com o aumento da expectativa de vida, aumenta a ocorrência de doenças crônicas.⁽¹⁰⁾

Neste estudo, a maioria dos participantes pertencia à classe média baixa de acordo com a classificação da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD).⁽¹¹⁾ Assim também, a maioria revelou baixo nível escolar. As iniquidades sociais, relacionadas à renda e escolaridade, constituem fatores dificultadores para acesso aos serviços de saúde. Esses dados corroboram o estudo no qual a maioria dos pacientes tinha renda familiar de, no máximo, dois salários mínimos.⁽⁹⁾ Ainda em relação à situação econômica, pacientes do interior com baixa renda apresentaram maiores escores de QV quando comparados aos da capital. Esse achado pode sugerir que os custos necessários para uma melhor QV sejam menores em cidades do interior.

A baixa escolaridade foi evidente em nossos resultados. Sabe-se que a escolaridade é fundamental para o autocuidado nas diferentes fases do processo saúde-doença, pois possibilita a adequada compreensão das orientações fornecidas pela equipe de saúde a respeito do tratamento e prevenção de complicações. Pesquisas realizadas com pacientes renais crônicos nos estados de São Paulo⁽¹²⁾ e Paraíba⁽¹³⁾ encontraram resultados semelhantes em relação à escolaridade. Esse fato demonstra que, independente da região do país, a baixa escolaridade é uma realidade a ser contornada no processo de cuidado pelos profissionais de saúde.

Os pacientes que moravam no interior apresentaram maiores escores de QV, embora realizassem o deslocamento até o local de tratamento por meio de transporte próprio, coletivo intermunicipal ou do serviço de saúde. Por outro lado, pacientes que utilizavam transporte próprio apresentaram melhor QV, comparando-se àqueles que utilizavam os demais tipos de transporte.

Estudo realizado em Minas Gerais⁽¹⁴⁾ evidenciou que o governo entregou 93 micro-ônibus modernos e confortáveis a Consórcios Intermunicipais de Saúde, para transporte dos pacientes de pequenos municípios que necessitavam de tratamento e exames especiais fora do seu domicílio, atendendo a um dos preceitos do Sistema Único de Saúde, que é a garantia de acesso. Já no estudo realizado no Maranhão,⁽⁶⁾ verificou-se que os meios de

transporte comumente utilizados pelos pacientes são veículos tipo “van”, ambulâncias ou táxis, geralmente mal conservados, sendo que as despesas eram por conta das prefeituras municipais. Raramente esse transporte é feito em micro-ônibus.

Quanto à natureza do transporte usado (público ou privado), houve uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que usam o transporte privado, sendo que os do interior apresentaram maior escore no componente físico. O transporte para a unidade de terapia renal é de responsabilidade do estado para com as pessoas vulneráveis,⁽⁹⁾ sendo uma questão de justiça social e equidade. A maioria dos pacientes tem garantido esse serviço pelo seu município de origem. Todavia, significativa parcela desses pacientes não usufrui desse direito.

Apesar dos pacientes residentes no interior do estado terem apresentado maiores escores de QV, só houve diferença estatisticamente significativa em alguns itens como: efeitos da doença renal relacionado com o conforto durante a viagem.

Os pacientes deste estudo necessitavam locomover-se do interior para a capital para realização do tratamento, isto porque Sergipe é um estado composto por 75 municípios e as clínicas especializadas em doença renal encontram-se concentradas na capital, Aracaju. Além da capital, somente um município, sede do agreste central do estado, possui uma clínica de hemodiálise.

O uso do serviço de diálise é parte da rotina semanal desses pacientes, o tempo de deslocamento até o serviço pode impactar a QV do paciente, visto que se soma ao período que o paciente passa em diálise. Estudo revela que despende maior tempo até o serviço esteve associado à autoavaliação de saúde ruim. O maior tempo gasto no trajeto até o serviço diminuiria ainda mais o tempo disponível para outras atividades, podendo inclusive incidir sobre o sono e influenciar a satisfação com o cuidado recebido nos serviços de diálise.⁽¹²⁾ Em contrapartida, os participantes do presente estudo, apesar de residirem no interior e terem necessidade de locomoção, apresentaram melhores escores de QV.

Segundo o estudo realizado no Maranhão⁹, o paciente que reside distante do serviço de diálise sofre verdadeira reviravolta em sua vida, tendo que se mudar para outra localidade para realizar o tratamento, ou realizar viagens bastante longas, uma vez que o estado do Maranhão é territorialmente extenso e possui estradas em péssimas condições de conservação. Diferente da realidade de Sergipe¹⁵, o qual é o menor estado da federação, com extensão territorial de 21.915.116 Km² e o município sergipano mais distante da capital fica a 195 Km.

Nossos resultados demonstram que, na maioria das categorias, os pacientes residentes no interior apresentaram escores maiores em relação à QV. Muitos são os fatores que podem justificar esses achados, dentre eles, pode-se inferir que a população da capital seja mais exigente em relação à QV, pois quem mora na capital vivencia a correria da cidade grande e está exposto com maior frequência a momentos de estresse, como no cotidiano deslocamento de casa para o trabalho e escola, enfrentando dificuldades oferecidas pela mobilidade urbana. Somando-se ao maior nível de esclarecimento, o que pode favorecer a maior exigência para satisfação de suas necessidades refletindo na percepção da QV.

A predominância de pacientes com idade avançada e a presença de comorbidades constituíram fatores dificultadores para esses pacientes responderem os questionários.

Acredita-se que os resultados do presente estudo ajudem os profissionais da enfermagem a entenderem a dinâmica do cotidiano de pacientes com a doença renal crônica em tratamento hemodialítico e, assim, possam desenvolver planos assistenciais voltados para a melhoria da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que pacientes do sexo masculino, com idade média de 40 anos, com maior escolaridade e procedentes

do interior apresentaram melhores escores para QV. No entanto, não houve diferença na QV entre os grupos avaliados, o que significa que esta é comprometida pela DRC.

Contribuições

Amanda Santos Andrade participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Josivânia Santos Lima: participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Caíque Jordan Nunes Ribeiro: participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Luzineide de Jesus Bezerra Modesto: participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Mariana Costa Larré participou concepção do estudo; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Ana Dorcas de Melo Inagaki participou concepção do estudo; revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Ana Cristina Freire Abud participou concepção e desenho do estudo; revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(2):248-53.
- Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. *J Bras Nefrol.* 2017; 39(3):261-66.
- Nifa S, Rudnicki T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Rev SBPH.* 2010;13(1):64-75.
- Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41:1403-9.
- Abreu IS, Santos CB. Impacto da insuficiência renal crônica na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014;16(4):833-41.
- Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the 'Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)' in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(2):261-70.
- Hays RD, Kallich J, Mapes D, Coons S, NaseenA, William B, et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) Version 1.3: A manual for use and scoring.* RAND on line. 1997 [citado 2018 Mar 12]: 7994.
- Locatelli C, Spanevello S, Colet CF. Perfil medicamentoso de pacientes sob tratamento de terapia renal substitutiva em um Hospital do Rio Grande do Sul. *Rev Soc Bras Clin Méd.* 2015;13(4):240-5.
- Coutinho NP, Tavares MC. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Cad Saúde Coletiva.* 2011;19(2):232-9.
- Silva GM, Gomes IC, Machado EL, Rocha FH, Andrade EIG, Acúrcio FA, et al. Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil. *Physis.* 2011;21(2):581-600.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2010.
- 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;33(2):129-35.
- Tavares CD, Nascimento MS. Análise da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Nova Físio.* 2012;15(88).
- Moreira TR, Giatti L, Cesar CC, Andrade EI, Acúrcio FA, Cherchiglia ML. Autoavaliação de saúde por pacientes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(10):1-11.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Área territorial brasileira [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2018. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm