Suplemento da Revista da
SOCESP
Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE COM DOENÇA CORONARIANA *VERSUS* SEM DOENÇA CORONARIANA

QUALITY OF LIFE OF HEMODIALYSIS PATIENTS WITH CORONARY DISEASE VERSUS NO CORONARY DISEASE

Suellen Cristina de Jesus Silva[1]
Elaine Fonseca Amaral da Silva[1]
Camila Jacometti Pinheiro Nagarol[1]
Luiz Aparecido Bortolotto[1]
José Jayme Galvão de Lima[1]

1. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Instituto do Coração, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44, Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. suellencr.silva@gmail.com

Recebido em 03/05/2018,
Aceito em 07/05/2018

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica (DRC) é um problema da saúde pública mundial e preditora para progressão da doença arterial coronariana (DAC), causando limitações e alterações na vida cotidiana dos pacientes e familiares e, consequentemente, na qualidade de vida. Nesse cenário, o Assistente Social, como integrante da equipe multiprofissional, propõe alternativas de enfrentamento às situações que comprometem o processo da saúde-doença dos pacientes. O estudo tem como objetivos avaliar o impacto da presença da DAC na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise e identificar as diferenças no perfil sociodemográfico desses pacientes, conforme a presença da doença. Método: Estudo transversal e descritivo realizado com 51 pacientes em hemodiálise (30 com DAC e 21 sem DAC), em um hospital universitário de cardiologia de São Paulo, através de questionário de qualidade de vida para pacientes em tratamento dialítico KDQOL-SF™1.3, questionário socioeconômico e dados clínicos descritos em prontuário eletrônico. Resultados: No total dos pacientes, houve predomínio do sexo masculino, da cor/raça autodeclarada parda e preta, ensino fundamental incompleto e em benefício previdenciário/assistencial. Os pacientes sem DAC encontram-se aproximadamente dois anos a mais em tratamento dialítico. Entre as dimensões do KDQOL-SF™1.3, os pacientes com DAC apresentaram melhores índices de qualidade de vida. Conclusão: A qualidade de vida dos pacientes com DRC em hemodiálise que apresentam diagnóstico de DAC, apresentou-se relativamente melhor do que a dos pacientes sem DAC. Não houve diferenças sociodemográficas relevantes entre os grupos.

Descritores: Insuficiência renal crônica; Doença da artéria coronariana; Diálise renal; Qualidade de vida; Serviço social.

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a worldwide public health problem and a predictor of the progression of coronary artery disease (CAD), causing limitations and changes in the daily lives of patients and their families and, therefore, in their quality of life. In this scenario, the Social Worker, as a member of a multiprofessional team, proposes alternatives for coping with situations that compromise patients' health-disease process. The aims of this study were to assess the impact of the presence of CAD on the quality of life of patients on hemodialysis, and to identify the differences in sociodemographic profile of these patients, according to the presence of CAD. Methods: A cross-sectional, descriptive study was conducted with 51 patients on hemodialysis treatment, (30 with CAD and 21 without CAD), at a university cardiology hospital in the city of São Paulo, using a quality of life questionnaire for patients on dialysis treatment KDQOL-SF™1.3, a socioeconomic questionnaire, and clinical data described in the electronic medical records. Results: Of the total patients, there was a predominance of males, with self-declared color/race Brown and Black, incomplete primary education, and receiving social security benefits. The patients without CAD had been in dialysis treatment for approximately two years more. Among the dimensions of the KDQOL-SF™1.3, patients with CAD had better quality of life indices. Conclusion: The quality of life of patients with CKD on hemodialysis and diagnosed with CAD was relatively better than that of patients without CAD. There were no relevant sociodemographic differences between the groups.

Keywords: *Renal insufficience, chronic; Coronary artery disease; Renal dialysis; Quality of life; Social work.*

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a doença renal crônica (DRC) tem sido reconhecida como problema de saúde pública mundial. Definida como lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins[1], apresenta aumento na taxa de incidência e prevalência com elevada morbimortalidade e atualmente atinge 10% da população mundial.[2]

Esse aumento justifica-se pelo expressivo crescimento no número de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, principais morbidades associadas ao desenvolvimento da disfunção renal, e do aumento da expectativa de vida da população.[3]

Em sua fase avançada,é necessária a realização de terapia renal substitutiva (TRS): hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal;com o objetivo de substituir a função dos rins, aliviar os sintomas da doença e preservar a vida do paciente, embora sem expectativa de cura.[4] Na população brasileira, houve aumento expressivo de pacientes em TRS, passando de 42.695 em 2000, para 91.314 em 2011[3], representando a quarta maior população em diálise no mundo.[5]

A literatura científica descreve que 90% dos casos diagnosticados com DRC em terapia substitutiva são provenientes dos países em desenvolvimento,[3,6] devido ao alto custo do tratamento, dificuldade de acesso à terapia e insuficiência de programas de promoção à saúde e prevenção primária dos fatores de risco, além do baixo número de notificações dos casos de pacientes com a doença.[7]

A DRC também é caracterizada como um dos principais determinantes de risco para eventos cardiovasculares, apontada na literatura como preditora independente para progressão da doença arterial coronariana (DAC).[8] Estudos demonstram que a taxa de morbimortalidade por causas cardiovasculares nessa população é bastante elevada.[3]

As limitações biopsicossociais que os pacientes vivenciam implicam em alterações significativas na vida sociofamiliar, pois além da incapacidade para o mundo do trabalho, também interferem diretamente nas atividades da vida cotidiana e em seus momentos de lazer, causando grande impacto na qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua qualidade de vida (QV) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".[9]

Tem havido significante crescimento na mensuração da QV como indicador de desfecho de saúde em pacientes com DAC. No curso clínico da doença, há muitos aspectos onde a QV dos pacientes pode ser afetada, que incluem sintomas de angina e insuficiência cardíaca, capacidade física limitada e estresse psicossocial associado à doença crônica. Portanto, a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde é considerada importante como um desfecho primário e na determinação do beneficio terapêutico.[10,11]

Diante das análises levantadas, notamos que a população em estudo requer atenção à saúde especializada, evidenciando a necessidade de atuação multiprofissional para melhor assistir esses indivíduos e proporcionar uma melhor qualidade de vida no curso da doença, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 389/2014, a qual institui o assistente social como integrante da equipe de saúde.[12]

Neste contexto, ressaltamos a importancia da atuação do assistente social na identificação e análise dos determinantes sociais que influenciam no processo saúde-doença.[13] Desempenha prática socioeducativa, realiza o papel de mediador junto aos demais profissionais, pacientes e familiares que apresentem demandas sociais capazes de interferir na proposta terapêutica. Propõe alternativas de enfrentamento às situações apresentadas e realiza orientações sobre as mudanças de estilo de vida, a importância da adesão ao tratamento e necessidade do apoio sociofamiliar.

Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivos: (1) avaliar o impacto da presença de DAC na qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise e (2) identificar diferenças no perfil sociodemográfico desses pacientes, conforme a presença de DAC.

MÉTODO

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), com o protocolo nº 63825117.7.0000.0068. Todos os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tratou-se de um estudo transversal e descritivo, realizado no Instituto do Coração (InCor / HCFMUSP), nas Unidades de Hipertensão e Serviço Social, no período de Julho de 2016 a Fevereiro de 2017.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes renais crônicos de ambos os sexos, adultos (idade ≥ 18 anos), em hemodiálise há pelo menos três meses, matriculados na Unidade de Hipertensão do InCor, com e sem a presença de DAC diagnosticada através de cinecoronariografia, considerada obstrução maior ou igual a 50% de pelo menos uma artéria coronária principal. Foram excluídos os pacientes com alterações neurológicas ou cognitivas descritas em prontuário eletrônico, que impedissem de responder aos instrumentos de coleta de dados.

A amostra do estudo foi composta por 51 pacientes, divididos em dois grupos: 21 sem DAC e 30 com DAC, agendados no Ambulatório de Hipertensão, durante o período da coleta de dados.

O desfecho primário de interesse foi qualidade de vida, medida através do KDQOL-SF™1.3, instrumento específico de aferição da qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento dialítico, validado para a população brasileira. O questionário possui 80 itens e inclui uma medida genérica (SF-36), composta por 36 itens, divididos em oito dimensões: funcionamento físico, limitações causadas por problemas da saúde física, limitações causadas por problemas da saúde emocional, funcionamento social, saúde mental, dor, vitalidade (energia/fadiga); percepções da saúde geral e o estado de saúde atual comparado ao ano anterior, que serão computados à parte, analisados descritivamente, com uso de percentuais. E uma medida específica, com 43 itens sobre doença renal crônica, divididos em 11 dimensões: sintomas/problemas, efeitos da doença renal sobre a vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, condição de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual, sono, suporte social, estímulo da equipe da diálise e satisfação do paciente com o tratamento.[14]

Os domínios variam de 0 a 100, de modo que valores iguais ou abaixo da pontuação média (≤ 50) em cada dimensão analisada, indicam baixa QV.[14]

Os dados foram convertidos pelo KDQOL-SF™ 1.3, através do programa SAS™ 6.12, apresentados em termos de média e desvio padrão (±DP).

O desfecho secundário da pesquisa foi identificar o perfil sociodemográfico, traçado por meio de formulário semiestruturado. E para classificação econômica utilizamos o Critério de Classificação Econômica Brasil 2016, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. As características clínicas foram coletadas em prontuário eletrônico.

Para análise dos dados, utilizamos o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows. A normalidade das variáveis foi verificada através do teste Kolmogorov-Smirnov.

O teste *t* de Student independente foi utilizado para estabelecer a significância estatística entre os grupos (DAC e não DAC) e as variáveis contínuas, e para as variáveis categóricas, utilizamos o teste Qui-quadrado.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da população estudada. Houve predomínio do sexo masculino em ambos os grupos, não houve diferença na média de idade e a cor/raça autodeclarada parda e preta tiveram maior prevalência entre os grupos. O ensino fundamental incompleto e a religião católica foram predominantes neste estudo.

Quanto à região de moradia, houve maior prevalência entre os grupos de procedentes da capital paulista, que residem em imóvel próprio, dotado de rede de saneamento básico completo e com média de três habitantes por domicílio, sendo o cônjuge o cuidador principal.

Observa-se que em relação à condição de trabalho, a maioria dos pacientes encontra-se não economicamente ativos, conforme caracterização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Houve predomínio em ambos os grupos de participantes em benefício previdenciário (aposentadoria por invalidez, por idade ou tempo de contribuição; auxílio doença e pensão por morte). Apenas um sujeito da pesquisa é beneficiário de programa social Bolsa Família (grupo não DAC) e quanto à classificação econômica, a maioria dos participantes pertence à Classe C (cerca de três salários mínimos, baseados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio/PNAD de 2014).

Em relação à acessibilidade dos pacientes para realização de hemodiálise, houve maior prevalência de utilização de transporte público nos dois grupos.

Quanto às características clínicas (Tabela 2), a duração média do tratamento em HD foi de 70,3 ± 53,1meses (60,0±41,5 no grupo com DAC *versus* 85,1±64,4 meses no grupo não DAC; $p<0,05$). A hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais prevalente em ambos os grupos de pacientes, representando 100,0% no grupo com DAC e 90,5% no grupo não DAC, maior número de participantes com diabetes *mellitus* (50%)no grupo com DAC e maior predomínio de dislipidemia no grupo não DAC (14,3%).

Em relação ao questionário KDQOL-SF™ 1.3, na questão 2 que avalia o estado de saúde atual comparado ao de um ano atrás, a maioria dos pacientes em ambos os grupos referiu não haver mudanças do seu estado de saúde (40,0% no grupo com DAC e 42,9% no grupo não DAC), e cerca de um terço dos pacientes em ambos os grupos referiu algum tipo de melhora do seu estado de saúde: opção "muito melhor agora" (30,0%no grupo com DAC) e opção "um pouco melhor agora" (28,6%no grupo não DAC). Referente à questão 22, que avalia as percepções da saúde atual dos participantes, a grande maioria (63,3% no grupo com DAC e 71,4% no grupo não DAC) avaliou a saúde como "meio termo", em uma escala que avalia o estado de saúde entre pior, meio termo e melhor.

Entre as dimensões do questionário KDQOL-SF™ 1.3 descritas na Tabela 3, observamos melhores escores de QV no grupo com DAC, nas seguintes variáveis: lista de sintomas e problemas, função cognitiva, qualidade de interação social, função sexual, apoio social, estímulos da equipe de diálise, limitação causada por problemas da saúde física e bem-estar emocional.

DISCUSSÃO

O achado principal do estudo foi que a qualidade de vida do grupo DAC foi melhor que a do grupo não DAC em alguns aspectos. Quanto às características sociodemográficas, podemos observar que não houve diferenças entre os grupos, exceto em relação à escolaridade, onde o grupo sem DAC apresenta piores níveis. Apesar da diferença estatística, ressaltamos que os pacientes estudados, apresentam baixo nível socioeconômico, estando em consonância com as características da população com doença crônica nos países em desenvolvimento.[15]

Referente às características clínicas, entre os grupos do estudo observa-se que também não houve diferenças, exceto no tempo de HD que foi maior no grupo sem DAC.

Alguns fatores podem estar envolvidos nestas diferenças encontradas, incluindo o tamanho da amostra, o tempo maior em diálise do grupo sem DAC e o próprio fato da presença de DAC exigir maior cuidado e atenção do paciente. No entanto, o real motivo dos melhores indicadores de QV no grupo DAC do nosso estudo não é totalmente conhecido.

O paciente renal crônico em hemodiálise convive diariamente com uma doença sem expectativa de cura, com tratamento de longa duração e que em conjunto com a evolução da doença e suas complicações, provoca limitações e alterações na vida cotidiana de grande impacto, repercutindo tanto na QV dos próprios pacientes, quanto em sua rede sociofamiliar.

Diversos fatores têm sido apontados por terem influência na QV dos pacientes em HD. O estudo de Cavalcante et al[16] realizado no nordeste do Brasil, onde avaliaram a QV usando o KDQOL-SF™1.3, indicou que os principais fatores sociodemográficos associados com a QV foram baixa escolaridade (≤ oito anos), desemprego, residência na zona rural e presença de doenças cardiovasculares. Revisões da literatura indicam que o KDQOL-SF™1.3 tem sido amplamente utilizado para mensurar a qualidade de vida entre os pacientes submetidos a HD em diferentes países,[17,18] e também foi utilizado em nosso estudo.

O predomínio de pacientes do sexo masculino, em idade produtiva (média de 54,3 ± 11,6 anos) e baixa renda familiar observados em nossos pacientes, são semelhantes com os achados de estudos prévios.[18] Dados encontrados na literatura indicam que a amostra da população em tratamento

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da amostra. São Paulo, 2017.

Variável	Não DAC (n = 21)	DAC (n = 30)	Total (n = 51)	*p*
Idade	53,3±12,8	55,0±10,9	54,3 ± 11,6	0,666
Sexo, n (%)				
Masculino	12 (57,1)	20 (66,7)	32 (62,7)	0,489
Feminino	9 (42,9)	10 (33,3)	19 (37,3)	
Cor / Raça, n (%)				
Branca	6 (28,6)	6 (20,0)	12 (23,5)	0,478
Preta	9 (42,8)	8 (26,7)	17 (33,3)	0,227
Parda	5 (23,8)	13 (43,3)	18 (35,4)	0,151
Amarela	0 (0,0)	2 (6,7)	2 (3,9)	0,227
Não declarada	1 (4,8)	1 (3,3)	2 (3,9)	0,796
Escolaridade, n (%)				
EF Incompleto	14 (66,6)	9 (30,1)	23 (45,2)	0,010
EF Completo	0 (0,0)	7 (23,3)	7 (13,7)	0,017
EM Incompleto	1 (4,8)	4 (13,3)	5 (9,8)	0,311
EM Completo	5 (23,8)	7 (23,3)	12 (23,5)	0,969
ES Incompleto	0 (0,0)	2 (6,7)	2 (3,9)	0,227
ES Completo	1 (4,8)	1 (3,3)	2 (3,9)	0,796
Religião, n (%)				
Católico	11 (52,4)	16 (53,4)	27 (52,9)	0,947
Evangélico	4 (19,0)	6 (20,0)	10 (19,7)	0,969
Espírita	1 (4,8)	3 (10,0)	4 (7,8)	0,227
Sem religião	3 (14,3)	4 (13,3)	7 (13,7)	0,923
Outras*	2 (9,5)	1 (3,3)	3 (5,9)	0,355
Estado Civil, n (%)				
Solteiro	6 (28,6)	5 (16,7)	11 (21,6)	0,309
Casado	15 (71,4)	22 (73,3)	37 (72,5)	0,881
Viúvo	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (2,0)	0,398
Divorciado	0 (0,0)	2 (6,7)	2 (3,9)	0,227
Procedência, n (%)				
São Paulo/Capital	12 (57,1)	15 (50,0)	27 (52,9)	0,615
Grande SP	7 (33,3)	12 (40,0)	19 (37,3)	0,628
Outros Municípios/SP	1 (4,8)	3 (10,0)	4 (7,8)	0,493
Outros estados	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (2,0)	0,227
Condição de moradia, n (%)				
Própria	13 (61,9)	23 (76,7)	36 (70,6)	0,255
Alugada	4 (19,0)	3 (10,0)	7 (13,7)	0,355
Financiada	1 (4,8)	1 (3,3)	2 (3,9)	0,796
Cedida	3 (14,3)	3 (10)	6 (11,8)	0,640
Saneamento básico, n (%)				
Completo	19 (90,5)	29 (96,7)	48 (94,1)	0,355
Parcial	2 (9,5)	1 (3,3)	3 (5,9)	
Habitantes por domicílio	3,2±1,4	3,0±1,2	3,1±1,2	0,244
Parentesco do Cuidador, n (%)				
Cônjuge	10 (47,7)	15 (50,0)	25 (49,0)	0,867
Filhos	3 (14,3)	3 (10,0)	6 (11,8)	0,640
Pais	2 (9,5)	4 (13,3)	6 (11,8)	0,678
Familiar/Amigo	4 (19,0)	3 (10,0)	7 (13,7)	0,355
Sem cuidador	2 (9,5)	5 (16,7)	7 (13,7)	0,466
Condição de trabalho, n (%)				
Prendas domésticas	2 (9,5)	0 (0,0)	2 (3,9)	0,085
Desempregado	3 (14,3)	3 (10,0)	6 (11,8)	0,640
Benefício Assistencial	2 (9,5)	4 (13,3)	6 (11,8)	0,678
Benefício Previdenciário	14 (66,7)	23 (76,7)	37 (72,5)	0,431
Programa Social, n (%)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (2,0)	0,227
Classificação econômica, n (%)				
Classe A	0 (0,0)	3 (10,0)	3 (5,9)	0,135
Classe B1	2 (9,5)	3 (10,0)	5 (9,8)	0,955
Classe B2	1 (4,8)	3 (10,0)	4 (7,8)	0,493
Classe C	15 (71,4)	20 (66,7)	35 (68,7)	0,718
Classe D-E	3 (14,3)	1 (3,3)	4 (7,8)	0,152
Transporte para HD, n (%)				
Público	13 (61,9)	14 (46,7)	27 (52,9)	0,283
Próprio	2 (9,5)	4 (13,3)	6 (11,8)	0,678
Terceiros	0 (0,0)	3 (10,0)	3 (5,9)	0,135
Outros**	6 (28,6)	9 (30,0)	15 (29,4)	0,912

EF=Ensino Fundamental; EM=Ensino Médio; ES=Ensino Superior; HD=Hemodiálise; *Testemunha de Jeová; **Atende e Transporte disponibilizado pela Secretaria de Saúde; média ± DP; Teste *t* de Student; Teste Qui-quadrado.

Tabela 2. Características clínicas da amostra. São Paulo, 2017.

Variável	Não DAC (n = 21)	DAC (n = 30)	Total (n = 51)	*P*
Tempo em HD (meses)	85,1±64,4	60,0±41,5	70,3 ± 53,1	0,013
Tx Renal Prévio, n (%)	4 (19,0)	3 (10,0)	7 (13,7)	0,355
HAS, n (%)	19 (90,5)	30 (100,0)	49 (96,1)	0,085
DM, n (%)	7 (33,3)	15 (50,0)	22 (43,1)	0,367
DLP, n (%)	3 (14,3)	1 (3,3)	4 (7,8)	0,152
Tabagismo, n (%)	2 (9,5)	3 (10,0)	5 (9,8)	0,955
Obesidade, n (%)	2 (9,5)	1 (3,3)	3 (5,9)	0,355
Evento CV prévio (IAM/AVC), n (%)	3 (14,3)	4 (13,3)	7 (13,7)	0,923

HD=Hemodiálise; Tx=Transplante; HAS=Hipertensão Arterial Sistêmica; DM=Diabetes Mellitus; DLP=Dislipidemia; CV=Cardiovascular; IAM=Infarto Agudo do Miocárdio; AVC=Acidente Vascular Cerebral; DAC=Doença Arterial Coronariana; média ± DP; Teste Qui-quadrado.

Tabela 3. Dimensões do KDQOL-SF™ 1.3. São Paulo, 2017.

Dimensão	Não DAC (n = 21)	DAC (n = 30)	Total (n = 51)	*p*
Lista de sintomas / problemas	69,9 ± 19,4	81,6 ± 13,6	76,8 ± 17,1	0,013
Efeitos da doença renal	64,2 ± 17,2	70,3 ± 20,9	67,8 ± 19,5	0,355
Sobrecarga da doença renal	28,2 ± 20,8	39,1 ± 23,6	34,1 ±23,0	0,348
Situação ocupacional	16,6 ± 35,5	11,6 ± 25,2	13,7 ± 30,1	0,148
Função cognitiva	77,1 ± 29,3	92,8 ± 10,7	86,4 ±21,7	< 0,001
Qualidade de interação social	73,9 ± 25,5	88,0 ± 15,8	82,2 ± 21,3	0,043
Função sexual	91,0 ± 11,8*	98,9 ± 3,6**	96,0 ± 8,3	< 0,001
Sono	53,5 ± 26,7	68,1 ± 29,1	62,1 ± 28,8	0,623
Apoio social	79,3 ± 34,9	88,8 ± 17,1	84,9 ± 26,0	0,009
Estímulos da equipe de diálise	67,8 ± 42,8	84,1 ± 32,3	77,4 ± 37,5	0,010
Satisfação do paciente	58,7 ± 17,7	55,0 ± 13,9	56,5 ± 15,3	0,105
Funcionamento físico	45,0 ± 27,9	56,0 ± 24,0	51,4 ± 26,0	0,435
Limitações de função – física	21,4 ± 30,9	60,0 ± 40,2	44,1 ± 41,1	0,008
Dor	44,6 ± 32,5	67,5 ± 31,1	58,0 ± 33,3	0,777
Bem-estar emocional	64,0 ± 34,5	80,0 ± 19,1	73,4 ± 27,4	0,003
Limitações de função – emocional	65,0 ± 45,3	57,7 ± 40,0	60,7 ± 42,0	0,409
Função social	58,3 ± 31,2	71,2 ± 27,8	65,9 ± 29,6	0,890
Energia / fadiga	47,1 ± 27,5	62,5 ± 26,5	56,1 ± 27,7	0,633

DAC = Doença Arterial Coronariana; *7 pacientes ativos; **12 pacientes ativos; média e desvio padrão (± DP);Teste *t* de Student para amostras independentes.

da DRC, é predominantemente composta por pacientes de sexo masculino, com idade entre 50 e 60 anos, ensino fundamental incompleto e não ativos economicamente.[16,19] Outros estudos apontam a situação socioeconômica dos pacientes renais crônicos, determinada pela renda, ocupação, educação, riqueza e habitação do indivíduo, como um fator potencial para a progressão da doença e conseqüentemente, pior qualidade de vida.[20]

O pior escore de qualidade de vida em ambos os grupos foi na dimensão "situação ocupacional", assim como descrito na literatura.[9,16,18] Embora não apresente significância estatística, é importante ressaltar que as complicações decorrentes do tratamento afetam as habilidades funcionais dos pacientes e limitam para as atividades da vida diária e laboral, o que por sua vez, implica no rebaixamento da condição socioeconômica, afetando toda a dinâmica familiar do indivíduo, e consequentemente, nos fatores que influenciam na qualidade de vida. Braz[13] destaca em seu estudo sobre os aspectos sociais da doença renal crônica, que o tratamento dialítico e a condição crônica são fontes de estresse em função das alterações que impactam no estilo de vida do paciente, como o isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social, interferência dos momentos de lazer, perda da autonomia, dependência de cuidador, alterações da imagem corporal e medo da morte.

Por outro lado, no estudo de Gerasimoula et al[21] descrevem que escore de qualidade vida foi melhor nos participantes em hemodiálise com idade inferior a 60 anos, de maior nível educacional, com melhor informação acerca do problema de saúde, melhor adesão às recomendações e dieta propostas, além de apresentarem bom relacionamento junto à equipe de saúde e com outros pacientes, e receberem o apoio da família.

Os pacientes do grupo DAC que tiveram melhores índices de qualidade de vida, não apresentaram diferenças sociodemográficas relevantes em relação ao grupo sem DAC.

O menor tempo do tratamento em hemodiálise pode ter sido determinante para melhores escores de qualidade de vida no grupo com DAC do nosso estudo, no entanto, não encontramos literatura disponível para comparação. Embora não envolvesse especificamente pacientes com DAC, Gerasimoula et al.[21] encontraram que o aumento da duração da sessão de hemodiálise se associou com pior qualidade de vida nos pacientes do seu estudo.

Destacamos a ausência de estudos na literatura que tenham avaliado o impacto da DAC sobre a qualidade de vida dos pacientes em HD, o que nos leva a pressupor que este seria então o primeiro estudo realizado no Brasil com este objetivo. A hipótese seria que a presença de DAC poderia interferir na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise, porém, encontramos contrariamente ao esperado, que o grupo de pacientes com DAC teve melhores escores de qualidade de vida em comparação com os seus pares sem DAC. Como já mencionado anteriormente, apesar de não termos causas objetivas que possam explicar estas diferenças, podemos sugerir que o grupo com DAC, pelo conhecimento da doença

cardíaca, tenderia a buscar maiores cuidados, e consequentemente, sentem-se melhor que os outros pacientes.

Outro fator seria o tempo de diálise maior no grupo sem DAC que poderia implicar em maiores efeitos danosos gerais, que justificassem mais sintomas e pior QV neste grupo.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico que apresentam diagnóstico de DAC, foi relativamente melhor que a dos pacientes sem DAC. A presença da DAC não determinou pior qualidade de vida dos pacientes estudados.

As dimensões onde se registraram maiores diferenças entre os grupos foram: lista de sintomas e problemas, função cognitiva, qualidade de interação social, função sexual, apoio social, estímulos da equipe de diálise, limitação causada por problemas da saúde física e bem-estar emocional. Quanto às características sociodemográficas, não houve diferenças relevantes entre os grupos.

Notamos que a população em estudo, requer atenção à saúde especializada,evidenciando a importância do atendimento multiprofissional nos cuidados do paciente renal crônico em hemodiálise. Destacamos o caráter educativo da orientação e acompanhamento destes pacientes realizados pelo Assistente Social, enquanto profissional que atua nos fatores dificultadores da proposta terapêutica, realizando ações voltadas à promoção de saúde, propiciando a efetivação dos direitos sociais, bem como, o acesso aos serviços de saúde.

O cenário apresentado em nosso estudo aponta a necessidade de políticas públicas efetivas para identificação precoce e tratamento adequado dos pacientes com fatores de risco para DRC, na atenção primária de saúde.

A limitação da pesquisa inclui o fato de ser uma amostra com pequeno número de pacientes, sobretudo no grupo sem doença coronariana, o que não permite a generalização dos resultados. Portanto, destacamos a necessidade da realização de mais estudos sobre o tema.

Por fim, ressaltamos que este estudo não esgota a discussão dos aspectos relacionados à vivência destes pacientes e esperamos que o mesmo contribua para aquisição de novos conhecimentos para os profissionais da saúde.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Cada autor contribuiu individual e significativamente para o desenvolvimento do manuscrito. SCJS foi o principal autor na elaboração do trabalho, EFAS, CJPN, LAB, JJGL participaram ativamente na construção do estudo, elaboração e revisão do manuscrito, e contribuíram para a aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Romão JR. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J Bras Nefrol. 2004;26(3 Suppl.1):1-3.
2. Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante. Doença Renal Crônica é cada vez mais comum entre mulheres [Internet]. [acesso em 2017 fev 01]. Disponível em: http://www.abcdt.org.br/doenca-renal-cronica-e-um-mal-cada-vez-mais-comum--entre-mulheres/.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
4. Programa de Formação de Profissionais de Nível Técnico para a Área da Saúde no Estado de São Paulo. Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: Terapia renal substitutiva. FUNDAP, São Paulo, 2012.
5. Cordeiro AC, Carrero JJ, Qureshi AR, Cunha RF, Lindholm B, Castro I, et al. Study of the incidence of dialysis in São Paulo, the largest Brazilian city. Clinics. 2013;68(6):760-5.
6. Obrador GT, Rubilar X, Agazzi E, Estefan J. The Challenge of Providing Renal Replacement Therapy in Developing Countries: The Latin American Perspective. Am J Kidney Dis. 2016;67(3):499-506.
7. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;2:19-38.
8. Papachristidis A, Lim WY, Voukalis C, Ayis S, Laing C, Rakhit RD. Determinants of Mortality in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. Med. Cardiorrenal. 2016;6(3):169-79.
9. Grasselli ASM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Ribeiro Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Rev Bras Clin Med. 2012;10(6):503-7.
10. Thompson DR, Yu Cheuk-Man. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:42.
11. Mayou R, Bryant B. Quality of life in cardiovascular disease. Br Heart J. 1993;6:460–6.
12. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 389/2014. Critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
13. Braz FG. Aspectos sociais da Doença Renal Crônica: dimensões de análise e desafios para o Serviço Social Tese]. UFST. Departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2008.
14. 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.
15. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schimidt MI, et al. Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012;46(Suppl):126-34.
16. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Filho FL, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF, et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. J Bras. Nefrol. 2013; 35(2):79-86.
17. Kim JY, Kim B, Park KS, Choi JY, Seo JJ, Park SH, et al. Health-related quality of life wuth KDQOL and ist association with self-efficacy and treatment satifaction in Korean dialysis patients. Qual Life Res. 2013;22(4):753-8.
18. Oliveira APB, Schmidt DB, Amatneeks TM, Santos JC, Cavallet LHR, Michel RB. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. J Bras Nefrol. 2016;38(4):411-20.
19. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica. 2014. J Bras Nefrol. 2016;38(1):54-61.
20. Platinga LC. Socio-economic impact in CKD. Nephr Ther. 2013;9(1):1–7.
21. Gerasimoula K, Lefkothea L, Maria L, Victoria A, Paraskevi T, Maria P. Quality of life in hemodialysis patients. Mater Sociomed. 2015;27(5):305-9.