

Domínios de qualidade de vida mais prevalentes entre pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal

Most prevalent quality of life domains among hemodialysis and peritoneal dialysis patients

Los dominios de calidad de vida más prevalentes entre pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal

Julia Lamese Amaral¹, Luiz Alberto Alberto de Oliveira¹, Hugo Dorjó Silva Fiusa¹, Maria Eduarda Rabelo Freire¹,
Thamara Pessamilio Carneiro¹, Vinícius Silva Belo², Mariana Alvina dos Santos³, Alba Otoni⁴

Resumo: As terapias renais substitutivas (TRS) podem impactar na qualidade de vida dos pacientes com doença renal crônica terminal (DRCT) conforme a modalidade de diálise. O objetivo desse estudo foi comparar os diferentes domínios da qualidade de vida entre os pacientes que realizam hemodiálise (HD) e um grupo que realiza diálise peritoneal (DP). Trata-se de um estudo observacional transversal realizado em um centro de referência de nefrologia na região Sudeste do Brasil. Foram incluídos 232 participantes (192 em HD e 40 em DP). Nas 19 dimensões apresentadas para avaliar qualidade de vida, 84,2% mostraram-se semelhantes entre pacientes em HD e DP sugerindo que o nível de comprometimento da qualidade de vida na maioria dos pacientes em TRS é independente da modalidade de tratamento a que o paciente é submetido. Os domínios de qualidade de vida dos pacientes com DRCT em TRS referentes a “Função emocional” e “Vitalidade” foram significativamente maiores nos pacientes em Hemodiálise e o domínio “encorajamento do pessoal da diálise” foi significativamente maior entre os pacientes em diálise peritoneal. Acredita-se que a qualidade de vida desses pacientes esteja mais relacionada à presença da doença renal crônica e a rotina de tratamento que isto impõe do que com o tipo de TRS realizada.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Diálise Peritoneal. Qualidade de vida. Unidades Hospitalares de Hemodiálise.

Abstract: Renal replacement therapies (RRT) may impact the quality of life of patients with terminal chronic kidney disease (ESRD) according to dialysis modality. The aim of this study was to compare the different domains of quality of life between patients undergoing hemodialysis (HD) and a group undergoing peritoneal dialysis (PD). This is a cross-sectional observational study conducted at a nephrology reference center in southeastern Brazil. 232 participants were included (192 in HD and 40 in PD). In the 19 dimensions presented to assess quality of life, 84.2% were similar between HD and PD patients suggesting that the level of quality of life impairment in most RRT patients is independent of the treatment modality to which the patient is submitted. The quality-of-life domains of ESRD in RRT patients regarding ‘Emotional Function’ and ‘Vitality’ were significantly higher in Hemodialysis patients and the ‘Dialysis staff encouragement’ domain was significantly higher among patients in peritoneal dialysis. The quality of life of these patients is believed to be more related to the presence of chronic kidney disease and the treatment routine that this imposes than with the type of RRT performed.

Keywords: Chronic Kidney Failure. Peritoneal dialysis. Quality of life. Hemodialysis Hospital Units.

Resumen: Las terapias de reemplazo renal (TRR) pueden afectar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ERET) según la modalidad de diálisis. El objetivo de este estudio fue comparar los diferentes dominios de calidad de vida entre pacientes sometidos a hemodiálisis (HD) y un grupo sometido a diálisis peritoneal (DP). Este es un estudio observacional transversal realizado en un centro de referencia de nefrología en el sureste de Brasil. Se incluyeron 232 participantes (192 en HD y 40 en DP). En las 19 dimensiones presentadas para evaluar la calidad de vida, el 84.2% fueron similares entre los pacientes con HD y DP, lo que sugiere que el nivel de deterioro de la calidad de vida en la mayoría de los pacientes con TSR es independiente de la modalidad de tratamiento a la que el paciente es enviado. Los dominios de calidad de vida de los pacientes con ERET con respecto a la ‘Función emocional’ y ‘Vitalidad’ fueron significativamente mayores en los pacientes de hemodiálisis y el dominio de ‘estímulo del personal de diálisis’ fue significativamente mayor entre los pacientes en diálisis

¹Graduandos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).

²Biólogo/Professor da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ); Doutorado em Estatística.

³Enfermeira/ Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); Doutorado em Enfermagem,

⁴Enfermeira/ Professor da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ); Doutorado em Ciências da Saúde.

E-mail: albaotoni@ufsj.edu.br

peritoneal. Se cree que la calidad de vida de estos pacientes está más relacionada con la presencia de enfermedad renal crónica y la rutina de tratamiento que esto impone que con el tipo de TRR realizada.

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis peritoneal. Calidad de vida. Unidades hospitalarias de hemodiálisis.

INTRODUÇÃO

No Brasil, há recentes registros do aumento da incidência e da prevalência da doença renal crônica (DRC) associado a um elevado custo de tratamento e ao crescente índice de sua relação com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018; BASTOS et al., 2010; BRASIL, 2014; KDIGO, 2013).

Em revisão sistemática de literatura (2017) sobre a prevalência de DRC em pessoas adultas, Marinho et al. identificaram que embora a DRC fosse definida por diferentes parâmetros nos estudos avaliados, além da qualidade científica com limitações nesses mesmos estudos, existe atualmente a impactante constatação de que aproximadamente 3-6 milhões de brasileiros tenham a doença renal ou pelo menos algum grau de comprometimento das funções renais sem o conhecimento prévio desse quadro de saúde. Já na fase terminal da DRC, onde são utilizadas terapias renais substitutivas (TRS), a taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2018 no Brasil foi de 640 pacientes por milhão da população (pmp), sendo que 228 pmp iniciaram tratamento na região sudeste, demonstrando a concentração de casos novos crescente na referida região. Salienta-se ainda que o número de pacientes em TRS aumentou em 10 anos (2008-2018) 35%, solidificando a constatação de uma preocupante incidência dessa doença (SESSO, 2018).

A DRC é definida como lesão no parênquima do rim, com função renal normal e/ou diminuída por um período de tempo maior ou igual a três meses, acarretando implicações para a saúde. Classifica-se em cinco estágios sendo o último estágio o mais grave, denominado Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), onde se recomenda a implementação da terapia renal substitutiva (TRS) para a manutenção da vida do paciente (BRASIL, 2014; KDIGO, 2013). As duas modalidades de TRS comumente utilizadas são a diálise peritoneal (DP) e hemodiálise (HD), ambas exigem um vínculo permanente e frequente com a unidade de diálise, além de um dispêndio de tempo praticamente diário para realização das mesmas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018; LAMBIE et al., 2013)

Diante da DRCT é fato que o paciente dependerá das TRS pelo o tempo de vida que tiver ou até que se consiga um transplante renal e isto implica em mudanças na sua rotina diária que poderão gerar impactos na qualidade de vida (QV) (SADAF et al., 2017; ALVAREZ et al., 2013; FAHUR et al., 2011). Embora haja vasta literatura sobre qualidade de vida, poucos estudos utilizam instrumento específico para avaliação da qualidade de vida em pacientes renais ou mesmo compa-

ram a qualidade de vida por testes estatísticos robustos, como por exemplo os modelos multivariados (MALTA et al., 2010; DUARTE et al., 2003).

Em estudo realizado em 2009 por Cordeiro et al., cujo objetivo foi avaliar a QV dos portadores de doença renal crônica em hemodiálise, assim como em estudo realizado por Gonçalves et al. (2015), embora tenham utilizado o instrumento KDCOL-SF™, específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes renais, realizaram análises estatísticas que não permitiam identificar as variáveis de confusão para que se afirmasse a relação estatística entre a qualidade de vida e a TRS, ou mesmo resultados que demonstrassem a diferença de qualidade de vida conforme a TRS executada. Por outro lado, em estudo realizado por Russo et al. (2010) com população italiana, bem como em estudo chinês realizado em 2007 por Zang et al., identificou-se que a diálise peritoneal tem vantagens no que diz respeito a qualidade de vida em relação à HD, no entanto nesses estudos os instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida não foram específicos para o paciente renal, sendo utilizado o SF 36, que avalia a qualidade de vida em geral, além do índice psicológico geral de bem-estar (PGWBI), que não identifica características específicas do paciente com DRC.

Diante do exposto, verifica-se que, apesar do avanço da tecnologia possibilitando tratamentos que aumentam a sobrevida dos pacientes com doença renal, ainda há poucas evidências sobre a manutenção ou melhoria qualidade de vida dos pacientes com DRCT submetidos à TRS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2018; RAMOS et al., 2015). Neste sentido, este estudo objetivou comparar os diferentes domínios da qualidade de vida entre os pacientes com DRCT que realizam HD e DP.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional do tipo transversal realizado com pacientes com DRCT em TRS em centro de referência de nefrologia do Sistema Único de Saúde de um município do Centro Oeste de Minas Gerais, Brasil, com coleta de dados referentes ao período de dezembro de 2015 a maio de 2016.

Para delineamento do estudo e escrita do artigo utilizaram-se as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement* (STROBE) (MALTA et al., 2010). Foram incluídos no estudo todos os 232 pacientes com DRCT em TRS cadastrados no referido centro de nefrologia no período acima citado e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de

DRCT, de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, sem déficit cognitivo, que estivessem em TRS realizando HD ou DP por no mínimo seis meses. Foram excluídos os pacientes que apresentavam doença mental (sequela de acidentes vasculares encefálicos ou quadros demenciais) que os impedissem de responder às questões e pacientes com neoplasia.

Para coleta de dados foram utilizados instrumentos para a caracterização sociodemográfica e clínica e para avaliação de qualidade de vida dos pacientes com DRCT em TRS, utilizou-se o instrumento validado *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™)* (DUARTE et al., 2003). Esse último inclui medidas gerais (oito dimensões/domínios) e mais 11 dimensões/domínios relacionados a questões adicionais destinadas a avaliar particularidades e condições relacionadas à saúde de indivíduos com doença renal, incluindo aqueles em diálise. Escores mais altos indicam melhor qualidade de vida.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del-Rei - CEPES/CCO (parecer nº 1.193.411/CAAE- 47717115.8.0000.5545).

Em um primeiro momento foi realizada a análise descritiva para caracterização da população do estudo. Para as variáveis relacionadas à qualidade de vida, foram calculados os escores médios individuais das perguntas que compunham cada dimensão/domínio da escala “KDQOL-SF™” (DUARTE et al., 2003). A comparação destes valores se deu por meio do teste de Mann-Whitney devido à distribuição não paramétrica identificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e, quanto maior a mediana, melhor foi considerada a qualidade de vida. Considerou-se um nível de significância de 5% e utilizou-se o software *Statistical Package for Social Science SPSS 19.0 for Windows Incorporated*, Chicago, Illinois, Estados Unidos da América, 2006).

E ainda, para as dimensões/domínios da escala “KDQOL-SF™” que apresentaram valores de $p \leq 0,10$ na comparação entre os grupos HD e DP, foram construídos modelos multivariados de regressão Gama, que tiveram como desfecho os escores de cada dimensão/domínio. Os modelos incluíram como variáveis de exposição, além do tipo de diálise (HD ou DP), as variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentaram diferenças significativas ($P \leq 0,10$) entre os grupos HD e DP e que, assim, poderiam confundir a associação estudada (tipo de diálise e qualidade de vida naquela dimensão). A opção pela utilização de modelos Gama deveu-se à natureza assimétrica e positiva dos dados de qualidade de vida. Por meio do teste VIF e da análise de resíduos, observou-se, respectivamente, a inexistência de multicolinearidade e a adequação do ajuste dos modelos. Os procedimentos de modelagem foram conduzidos no software R, versão 3.4.1.

RESULTADOS

Foram incluídos 232 participantes, sendo 192 em HD e 40 em DP. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo mostraram que houve diferenças estatisticamente significativas entre aqueles em HD e DP em relação ao sexo, ao estado conjugal e à escolha do tratamento. No entanto essas diferenças não se mantiveram no modelo final. Análise descritiva para caracterização sociodemográfica, hábitos de vida, escolha do tratamento e doença de base da DRC da população estudada encontra-se descrita na tabela 1.

Quanto à qualidade de vida, os resultados mostraram a existência de diferenças significativas entre os grupos de TRS (HD e DP) em três dimensões: “Encorajamento do pessoal de diálise”, “Função emocional” e “Vitalidade” ($p < 0,05$) (TABELA 2).

Duas outras dimensões (“Qualidade da interação social” e “Satisfação com o tratamento”) tiveram valores de $P \leq 0,10$ e, assim, foram também incluídas nas análises multivariadas.

Para a dimensão “Encorajamento do pessoal da diálise”, foram observados maiores escores entre os pacientes em DP. Apesar de os dois grupos apresentarem a mesma mediana, o grupo em hemodiálise teve percentil 25 igual ao escore 75, enquanto que, para o grupo em diálise peritoneal, este mesmo percentil foi igual ao escore 100. Além disso, o gráfico box-plot apresentado na Figura 1A mostra que a grande maioria dos pacientes em diálise peritoneal apresentou escore 100 para essa dimensão, o que não aconteceu para o grupo em hemodiálise. Também foram observados maiores escores da dimensão “Satisfação com o tratamento” em pacientes do grupo DP. No que se refere às dimensões “Função emocional”, “Vitalidade” e “Qualidade da interação social”, foram observados maiores escores no grupo em HD (Figura 1).

Em todos os modelos multivariados construídos, a modelagem inicial envolveu as variáveis: “sexo”, “estado conjugal”, “tabagismo”, “etilismo”, “tempo em terapia renal substitutiva” e “tipo de diálise (HD ou DP)”. Nas três dimensões em que houve associações bivariadas significativas ($P < 0,05$) entre o tipo de diálise e a qualidade de vida, o resultado foi mantido na análise multivariada (TABELA 3).

Na dimensão “Função emocional”, o tipo de diálise foi a única variável presente no modelo final. Porém, para o encorajamento do pessoal de diálise, a associação foi parcialmente confundida pelo gênero dos participantes, uma vez que indivíduos do sexo masculino também apresentaram escores significativamente menores nessa dimensão. Já no que diz respeito à vitalidade, o modelo final, além do tipo de diálise, foi composto pela variável “etilismo”. Indivíduos que se declararam ex-etilistas tiveram escores significativamente maiores de vitalidade. Não houve associações significativas entre todas as variáveis analisadas e a dimensão “Qualidade

Tabela 1: Análise descritiva de pacientes em Hemodiálise e Diálise Peritoneal de um setor de nefrologia de um hospital filantrópico em Minas Gerais/ Brasil, no período de dezembro de 2015 a maio de 2016. (n=232)

Variáveis Sociodemográficas	Hemodiálise (n=192)	Diálise Peritoneal (n=40)
Sexo		
Masculino	118 (61,5%)	17 (42,5%)
Feminino	74 (38,5%)	23 (57,5%)
Estado Conjugal		
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	43 (22,4%)	11 (27,5%)
Mora com o cônjuge ou companheiro(a)	106 (55,2%)	21 (52,5%)
Separado(a) ou Divorciado(a)	26 (13,5%)	0 (0,0%)
Viúva(o)	17(8,9%)	8 (20,0%)
Escolaridade		
Analfabeto	15 (7,8%)	2 (5,0%)
Ensino fundamental completo/incompleto	121 (63%)	21 (52,5%)
Ensino médio completo/incompleto	46 (24%)	13 (32,5%)
Ensino Superior completo/incompleto	15 (7,8%)	4 (10,0%)
Hábito de tabagismo		
Tabagista	22 (11,5%)	0 (0,0%)
Ex tabagista	103 (53,6%)	22 (55,0%)
Nunca fumou	67 (34,9%)	18 (45,0%)
Hábito de Etilismo		
Etilista	19 (9,9%)	0 (0,0%)
Ex etilista	27 (14,1%)	4 (10,0%)
Nunca bebeu	146 (76,0%)	36 (90,0%)
Escolha do tratamento dialítico		
Não	165 (85,9%)	28 (70,0%)
Sim	27 (14,1%)	12 (30,0%)
Doença de base da Doença Renal Crônica		
Glomerulonefrite crônica	3 (1,6%)	1 (2,5%)
Nefrite túbulo-intersticial	5 (2,6%)	0 (0,0%)
Rins policísticos	20 (10,4%)	1 (2,5%)
Diabetes mellitus	25 (13,0%)	12 (30,0%)
Pielonefrite crônica	2 (1,0%)	0 (0,0%)
IRA	3 (1,6%)	0 (0,0%)
Hipertensão Arterial	60 (31,3%)	12 (30,0%)
Nefrite lúpica	1 (0,5%)	2 (5,0%)
Indeterminado – não especificado	4 (2,1%)	0 (0,0%)
Outro	24 (12,5%)	7 (17,5%)
Não sabe responder	45 (23,4 %)	5 (12,5%)

Fonte: Dados da pesquisa.

da interação social”. O tipo de diálise não foi associado significativamente com a dimensão “Satisfação com o tratamento”, no entanto, indivíduos do sexo masculino tiveram escores de satisfação significativamente menores ($\beta = -0.087$, $P=0.036$).

DISCUSSÃO

Nas 19 dimensões/domínios apresentados para avaliar qualidade de vida, a maior parte (84,2%) mostrou-se semelhante entre pacientes em HD e DP, indicando que o nível de comprometimento da qualidade de vida na maioria dos pacientes em TRS é semelhante independente da modalidade de tratamento do paciente. Esses resultados corroboram Ramos et al (2015), que identificaram na maioria dos domínios estudados por eles que não houve diferença estatística entre os grupos. Considerando o complexo contexto que envolve o paciente com DRCT, pode-se dizer que o comprometimento da qualidade de vida independe da modalidade dialítica e está mais diretamente relacionado à presença da doença crônica, que exige a dependência de um tratamento rigoroso, por vezes dolorido e por tempo indeterminado. Cordeiro et al. (2009) relataram que o fato de ser paciente com DRCT em TRS, seja qual for a modalidade de TRS, é o suficiente para se ter os padrões

de qualidade de vida alterados, pois, são pessoas que se vêm dependentes de outras e de máquinas para sobreviver, são submetidas a uma rotina exigente de tratamento que implica em alterações importantes e impactantes na sua rotina diária de vida, sem levar em conta qualquer desejo de modificar seu modo de vida.

Por outro lado, Gonçalves et al. (2015) interpretaram em seu estudo que os pacientes em DP tinham melhor qualidade de vida, pois apresentaram, entre as 19 dimensões/domínios, maior número com escores mais elevados (dois). No entanto, há que se refletir sobre os achados desses autores, pois se questiona se duas entre 19 dimensões são suficientes para classificar os pacientes em DP com melhor qualidade de vida. Embora os nossos resultados tenham dado proporções semelhantes àquelas do estudo de Gonçalves et al. (2015), entende-se que ao se considerar o total de dimensões, somente duas dimensões com diferenças significativas estatisticamente não é seguro para classificar, dentro de todas as questões envolvidas, a melhor qualidade de vida em um dos grupos.

É importante destacar que no estudo atual as duas dimensões (Função emocional e Vitalidade) das três significativamente diferentes entre os grupos foram maiores no grupo dos pacientes em HD. Esses maiores

Tabela 2: Comparação das dimensões/Domínios da escala KDQOL–SFTM entre os pacientes em Hemodiálise e Diálise Peritoneal de um setor de nefrologia de um hospital filantrópico em Minas Gerais/ Brasil, no período de dezembro de 2015 a maio de 2016. (n=232)

DIMENSÕES/DOMÍNIOS	Mediana (IQ)		p valor*
	Hemodiálise	Diálise Peritoneal	
Sintomas / problemas	87,5 (72,9 - 95,8)	87,5 (79,2 - 93,2)	0,950
Efeitos da doença renal na vida diária	75,0 (59,4 - 87,5)	73,4 (53,9 - 83,6)	0,335
Peso da doença renal	50,0 (31,3 - 68,8)	43,8 (12,5 - 75,0)	0,389
Atividade profissional	50,0 (50,0 - 50,0)	50,0 (50,0 - 50,0)	0,153
Função cognitiva	93,3 (66,7 - 100,0)	93,3 (68,3 - 100,0)	0,735
Qualidade da interação social	93,3 (73,3 - 100,0)	83,3 (68,3 - 93,3)	0,085
Função sexual	100,0 (75,0 - 100,0)	100,0 (75,0 - 100,0)	0,863
Sono	73,3 (53,3 - 86,7)	73,3 (46,7 - 93,3)	0,700
Apoio social	100,0 (66,7 - 100,0)	100,0 (50,0 - 100,0)	0,171
Encorajamento do pessoal de diálise	100,0 (75,0 - 100,0)	100,0 (100,0 - 100,0)	<0,001**
Satisfação	66,4 (49,8 - 83,0)	83,0 (45,0 - 100,0)	0,104
Função física	65,0 (36,3 - 85,0)	65,0 (31,3 - 80,0)	0,363
Desempenho físico	75,0 (25,0 - 100,0)	100,0 (25,0 - 100,0)	0,884
Dor	100,0 (57,5 - 100,0)	100,0 (55,6 - 100,0)	0,875
Saúde em geral	65,0 (45,0 - 80,0)	55,0 (30,0 - 78,8)	0,185
Função emocional	72,0 (57,0 - 88,0)	52,0 (36,0 - 64,0)	<0,001**
Desempenho emocional	66,7 (33,3 - 100,0)	66,7 (8,3 - 91,7)	0,278
Função social	77,5 (50,0 - 90,0)	80,0 (42,5 - 90,0)	0,826
Vitalidade	72,5 (50,0 - 88,8)	55,0 (40,0 - 75,0)	0,008**
Auto avaliação de saúde	63,9 (50,3 - 80,9)	58,3 (47,2 - 69,4)	0,228

*Teste de Mann Whitney. ** $P < 0,005$ indicativo significância estatística

Fonte: Dados da pesquisa.

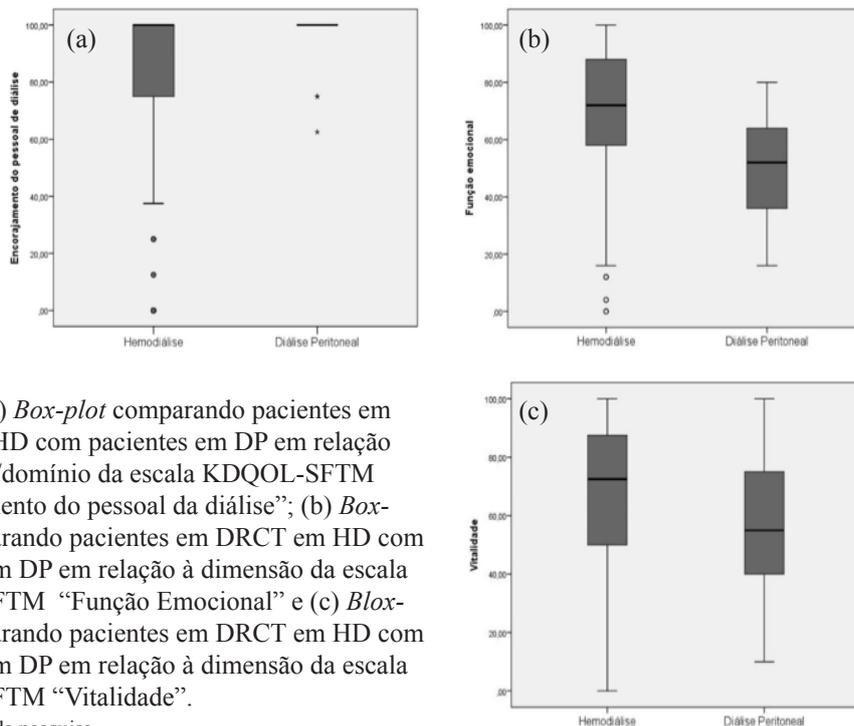


Figura 1: (a) *Box-plot* comparando pacientes em DRCT em HD com pacientes em DP em relação à dimensão/domínio da escala KDQOL-SFTM “Encorajamento do pessoal da diálise”; (b) *Box-plot* comparando pacientes em DRCT em HD com pacientes em DP em relação à dimensão da escala KDQOL-SFTM “Função Emocional” e (c) *Box-plot* comparando pacientes em DRCT em HD com pacientes em DP em relação à dimensão da escala KDQOL-SFTM “Vitalidade”.

Fonte: Dados da pesquisa.

escores nas duas dimensões referidas podem ser explicados pelo fato de reunirem perguntas relacionadas ao estado emocional (alegria e tristeza) e à vitalidade representada pela disposição física (disponibilidade física de energia para desenvolver as atividades ou cansaço e falta de energia). Isto é sugerido porque os pacientes em HD foram identificados como pessoas mais jovens, com mediana de idade < que 60 anos (adultos), quando comparadas ao grupo de pacientes em DP (mediana de idade maior ou igual a 60 - idosos). Segundo Fancourt

et al. (2016) as pessoas idosas são mais susceptíveis a terem condições mentais fragilizadas que repercutem na presença concomitante de quadros depressivos, de ansiedade que os levam a encarar a vida de uma forma mais dura na questão emocional. Essa instabilidade emocional ainda pode ser potencializada por comorbidades adquiridas ao longo da vida e pelo uso da polifarmácia, inerentes à rotina de pessoas nessa faixa etária. Além disso, por razões também características da senilidade e idade avançada, as pessoas mais velhas tendem

Tabela 3: Análise multivariada entre as dimensões/domínios “Encorajamento do pessoal da Diálise”, “Função Emocional”, “Vitalidade e a qualidade de vida dos pacientes em HD e DP de um setor de nefrologia de um hospital filantrópico em Minas Gerais/ Brasil, no período de dezembro de 2015 a maio de 2016. (n=232)

Desfecho 1: Encorajamento do pessoal de diálise		
Exposições	Beta (IC)	P-valor*
Hemodiálise ^a	-0.101 (-0.197,-0.007)	0.040
Sexo masculino	-0.084 (-0.164, -0.005)	0.037
Desfecho 2: Função emocional		
Hemodiálise ^a	0.0346 (0.201, 0.491)	<0.001
Desfecho 3: Vitalidade		
Hemodiálise ^a	0.149 (0.004, 0.302)	0.040
Etilista ^b	0.203 (-0.008, 0.414)	0.060
Ex etilista ^b	0.176 (0.006 – 0.347)	0.042

Categorias de referência: a “Diálise peritoneal”; b Nunca ingeriu bebida alcoólica. Coeficientes, intervalos de confiança (IC, 95%). HD: Hemodiálise; DP: Diálise peritoneal. *Modelos finais multivariados gama.

Fonte: Dados da pesquisa.

a ter menos vitalidade e disponibilidade para desenvolver atividades físicas, mesmo que elas envolvam apenas atividade de vida diária. Assim, acredita-se que as dimensões relacionadas às funções emocionais e de vitalidade com maiores escores no grupo de pacientes em HD no nosso estudo relacionam-se mais intimamente com a faixa etária dos grupos do que com a modalidade de diálise propriamente dita (FRUCTOSO et al., 2011; AL WAKEEL et al., 2012; KUTNER et al., 2011; ZHANG et al., 2007; RUSSO et al., 2010).

Outro achado importante é que embora não tenha sido possível comparar a variável hábito de etilismo entre os grupos de HD e DP em função de o grupo de DP não ter pacientes etilistas, foi possível verificar que a dimensão vitalidade teve melhores escores entre aqueles pacientes ex-etilistas em comparação com os etilistas. Já é consenso que o uso regular do álcool afeta diretamente a vitalidade para desenvolvimento das atividades de vida diária. Um estudo que avaliou a qualidade de vida em dependentes de álcool e identificou que os piores escores da vitalidade eram dos pacientes com o grau de dependência alcóolica mais grave, sendo inversamente proporcional àqueles que estavam abstinentes há mais tempo, ou seja, quanto mais tempo sem consumo de álcool melhor o escore da vitalidade. Estes resultados vão ao encontro dos nossos achados demonstrando que o consumo de álcool afeta mesmo que de forma indireta, a qualidade de vida das pessoas etilistas. E ainda que o abandono deste hábito pode trazer benefícios no sentido de melhorar a disposição para as atividades de vida diária (MENEZES et al., 2006).

A dimensão “encorajamento do pessoal da diálise”, embora tenha tido medianas iguais entre os dois grupos e o sexo masculino ter apresentado menores escores, foi estatisticamente diferente, com percentil 75 de escore 100 para o grupo em DP. Importante relatar que ambos os grupos eram atendidos pela mesma equipe do local estudado. Gonçalves et al. (2015) encontraram resultados semelhantes com relação a essa dimensão e sugeriram que essa relação menos amistosa com a equipe de profissionais que assiste os pacientes em HD se deva ao frequente contato, de média de três vezes por semana entre pacientes e equipe. Segundo eles, essa exposição exaustiva, por longos períodos, podendo chegar a anos de convívio, favorece o surgimento de situações de estresse geradas pelo contato muito próximo entre pacientes e profissionais de saúde.

Por outro lado, em estudo desenvolvido por Campos e Turato (2003), cujo objetivo foi analisar, sob o ponto de vista do doente renal em hemodiálise, como este percebe o atendimento dispensado a si, por parte dos profissionais de saúde, e como vivenda essas relações interpessoais, os autores encontraram que os pacientes em hemodiálise entendem que a alta tecnologia utilizada nesse tipo de tratamento associado à alta rotatividade de médicos residentes distancia a

equipe médica do paciente. Porém, relataram também que esses mesmos pacientes percebiam o profissional de enfermagem mais afetivo até pela necessidade de proximidade por um tempo maior durante o tratamento. Neste sentido, fica claro que a relação equipe de saúde com paciente renal crônico em TRS precisa ser trabalhada com vistas a preservar predominantemente o sentimento de harmonia, pois independente das afinidades, será uma longa relação e, por vezes, permeada por “tensões” causadas pela complexidade inerente a este tipo de tratamento.

Um resultado importante foi a baixa proporção de pacientes que puderam escolher a modalidade de TRS, apenas 14% em HD e 30% em DP. Uma coorte com 1621 pacientes em TRS em 2011, nos Estados Unidos, revelou que embora 61% dos participantes tenham dito que tiveram a oportunidade de discutir a escolha da modalidade de diálise antes do início do tratamento, apenas 11% optaram por iniciar imediatamente com a DP assumindo o comando integral do seu tratamento, sendo esta modalidade escolhida apenas nos centros mais bem estruturados (KUTNER et al., 2011). Há de se considerar que, no momento inicial do tratamento, assumir a condução da sua própria TRS deixe os pacientes inseguros e por isso escolhem uma modalidade conduzida por uma equipe de saúde especializada. Teoricamente, caso não haja qualquer contraindicação para uma ou outra modalidade, o paciente deveria ter a opção de escolha antes do início da TRS e com isso ter melhor qualidade de vida. Porém, na realidade demonstrada pelo estudo, essa escolha não é uma opção ao se iniciar TRS.

De qualquer forma, ao que parece, não há um consenso na literatura com relação à qualidade de vida relacionada a pacientes com DRCT em TRS. Existem estudos que encontraram que os pacientes em DP apresentaram melhores escores qualidade de vida, porém, foram avaliados pelo questionário SF-36, que não é específico para pacientes DRCT em TRS e estudos que não detectaram nenhuma diferença de qualidade de vida entre os grupos de pacientes em HD e DP (ZHANG et al., 2007; RUSSO et al., 2010; RENATA et al., 2011; DIAZ-BUXO et al., 2000).

É importante relatar que no estudo atual, embora tenham sido avaliados pacientes de um único centro, o que poderia ser uma limitação, o mesmo é referência para 54 municípios, portanto, os resultados podem refletir a realidade de uma população regional, de aproximadamente um milhão de habitantes, e dar embasamento para condutas profissionais assistenciais desses pacientes. E, mesmo que os achados não possam ser extrapolados com segurança para outros locais, os achados corroboram aqueles verificados em outros estudos nacionais e internacionais e traz uma análise estatística multivariada que sustenta a robustez dos resultados encontrados.

CONCLUSÃO

Entre os 19 domínios de qualidade de vida dos pacientes com DRCT em TRS, aqueles referentes a “Função emocional” e “Vitalidade” foram significativamente maiores nos pacientes em Hemodiálise e o domínio “encorajamento do pessoal da diálise” foi significativamente maior entre os pacientes em diálise peritoneal.

Salienta-se, no entanto, que, apesar dessas diferenças de três domínios terem sido mantidas no modelo final, não podem ser generalizadas para caracterizar a diferença de qualidade de vida relacionada com o tipo de terapia renal substitutiva. Na realidade a qualidade de vida desses pacientes é determinada pela presença da doença renal crônica e a rotina de tratamento que a mesma impõe, independentemente do tipo de TRS realizada.

É de extrema importância que a equipe profissional assistencial do paciente renal crônico incorpore na sua prática clínica diária o exercício de investir na melhoria da qualidade de vida desses pacientes, enfatizando a relação amistosa entre os envolvidos, aprimorando a escuta das queixas relativas à sua condição de vida “restritiva” pelo tratamento e avaliando em conjunto com eles alternativas para minimizar os impactos negativos na qualidade de vida de forma a tornar mais leve a rotina ininterrupta de cuidados com a saúde. É preciso a efetivação da compreensão de que não se pode restringir a assistência ao oferecimento da maior “quantidade” de vida, possibilitada pela alta tecnologia utilizada, mas sim deve ser ampliada na busca da melhor qualidade de vida como o objetivo maior da abordagem terapêutica.

REFERÊNCIAS

- AL WAKEEL J, AL HARBI A, BAYOUMI M et al. Quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Saudi Arabia. **Ann Saudi Med** 2012; 32:570-4.
- ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M. Expenses of the Brazilian Public Healthcare System with chronic kidney disease. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 2, p. 122-129, 2018.
- ALVARES J, ALMEIDA AM, SZUTER DAC et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciêns Saúde Coletiva** 2013; v. 18, n. 7, p. 1903-10.
- BASTOS MG, BREGMAN R, KIRSZTAJN, MASTROIANNI G. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Ass Med Bra** 2010; v. 56, n. 2, 248-53.
- BRASIL. 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.**
- CAMPOS CJG, TURATO ER. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Rev Bras Enferm, Brasília (DF)** 2003 set/out;56(5):508-512
- CORDEIRO JABL, BRASIL VV, SILVA AMTC et al. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(4):785-93
- DIAZ-BUXO JA, LOWRIE EG, LEW NL et al. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. **Am J Kidney Dis** 2000;35:293-300. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386\(00\)70339-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386(00)70339-8)
- DUARTE PS, MIYAZAKI MCOS, CICONELLI RM et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). **Rev Ass Med Bras** 2003; v. 49, n. 4, p. 375-81.
- FAHUR, BS, YEN, LS, FERRARI, GNB et al. Avaliação da qualidade de vida com instrumento KDQOL-SF em pacientes que realizam hemodiálise. In: **Colloquium Vitae**; 2011.p. 17-21.
- FANCOURT D, PERKINS R, ASCENSO S et al. Effects of Group Drumming Interventions on Anxiety, Depression, Social Resilience and Inflammatory Immune Response among Mental Health Service Users. **PLOS ONE** 2016; 11(3): e0151136.
- FRUCTUOSO M, CASTRO R, OLIVEIRA L et al. Quality of life in chronic kidney disease. **Nefrologia** 2011;31:91-6.
- GONÇALVES FA, DALOSSO IF, BORBA JMC, BUCANEVE J, VALERIO NMP, OKAMOTO CT et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. **J Bras Nefrol** 2015; 37(4):467-474.
- KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD Work Group. **KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease**. *Kidney Int* 2013; 3:1-150.
- KUTNER NG, ZHANG R, HUANG Y et al. Patient awareness and initiation of peritoneal dialysis. **Arch Intern Med** 2011;171:119-24.
- LAMBIE M, CHESS J, DONOVAN KL et al. Independent effects of systemic and peritoneal inflammation on peritoneal dialysis survival. **J Am Soc Nephrol** 2013; 24(12): 2071-80.
- MALTA M, CARDOSO LO, BASTOS FI et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública** 2010; 44(3):559-65.
- MARINHO AWGB, PENHA AP, SILVA MT, GALVÃO TF. Prevalência de doença renal crônica

- ca em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde colet.** [Internet]. 2017 July [cited 2019 May 22] ; 25(3): 379-388. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-62X2017000300379&lng=en. Epub Oct 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030134>.
- MENEZES C. A qualidade de vida de dependentes de álcool. [dissertação] Botucatu-SP. Universidade Estadual Paulista Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.
- RAMOS ECC, SANTOS IS, ZANINI RV et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. **J Bras Nefrol** 2015; 37(3):297-305.
- RENATA RAF, BASABE-BARAÑANO N, FERNÁNDEZ-PRADO E et al. Quality of life and coping: differences between patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis and those under hospital hemodialysis. **Enferm Clin** 2009; 19:61-8.
- RUSSO GE, MORGIA A, CAVALLINI M et al. Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. **G Ital Nefrol** 2010; 27:290-5.
- SADAF G. SEPANLOU, HAMID BARAHIMI, et al. Prevalence and determinants of chronic kidney disease in northeast of Iran: Results of the Golestan cohort study. **Plos one.** 2017 May; 1-14.
- SESSO, RC; LOPES, AA; THOMÉ, FS et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica. **J Bras Nefrol** 2018; 38(1):54-61. São Paulo, SP, Brasil.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise 2018.** SBN; 2016. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 21 de Março; 2019.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Tratamento de doenças: Hemodiálise.** Disponível em: <http://www.sbn.org.br/publico/hemodialise> Acesso em: 21 de Março; 2019.
- ZHANG AH, CHENG LT, ZHU N et al. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. **Health Quality Life.** Outcomes 2007; 5:49.

Página em branco.