

## Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba - PR

Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba - PR

### Autores

Fernanda Aguiar  
Gonçalves<sup>1</sup>

Ingrid Fernandes Dalosso<sup>1</sup>

Jéssica Maria Camargo  
Borba<sup>1</sup>

Juliana Bucaneve<sup>1</sup>

Nayra Maria Prado Valerio<sup>1</sup>

Cristina Terumy Okamoto<sup>1</sup>

Sergio Gardano Elias  
Bucharles<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Positivo.

<sup>2</sup> Fundação Pró-Renal,  
Curitiba - PR.

Data de submissão: 02/03/2015.

Data de aprovação: 23/08/2015.

### Correspondência para:

Juliana Bucaneve.  
Fundação Pró-Renal e Universidade  
Positivo.  
Rua Francisco Leal, nº 30, Centro,  
Piraquara, PR, Brasil.  
CEP: 83301-700  
E-mail: jubucaneve@yahoo.  
com.br

DOI: 10.5935/0101-2800.20150074

### RESUMO

**Introdução:** A doença renal crônica (DRC) compromete saúde e rotina de seu portador. No estágio V da DRC, o paciente torna-se elegível para iniciar a terapia substitutiva renal por hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) ou transplante renal. O tipo de tratamento pode ser importante para melhorar a qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** Comparar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em estágio V-D (em diálise) que realizam DP domiciliar ou HD. **Métodos:** Estudo transversal com coleta prospectiva, por conveniência, por meio da aplicação de questionários socioeconômicos e KDQOL-SF 36 em pacientes do ambulatório de DP e pacientes em HD da Fundação Pró-Renal e clínicas-satélite de Curitiba-PR. **Resultados:** Amostra de 338 pacientes, sendo 222 em HD, e 116 em DP. Idade média de 54,4 ± 15,28 anos para HD e 58,0 ± 13,99 para DP. **Variáveis:** situação do trabalho ( $p < 0,05$ ), estímulo por parte da equipe de diálise ( $p < 0,01$ ) e satisfação do paciente ( $p < 0,001$ ) foram favoráveis à DP, enquanto que funcionamento físico ( $p < 0,05$ ) e função emocional ( $p < 0,01$ ) foram favoráveis à HD. **Conclusão:** Objetivamente, a DP mostrou-se melhor em relação à qualidade de vida por apresentar um maior número de itens com resultados significativos quando comparada à HD. Porém, as duas variáveis de maior significância encontradas na HD (funcionamento físico e funcionamento emocional) têm um impacto maior no bem-estar e no cotidiano no ambiente externo à clínica do que aquelas superiores na DP, tornando a HD mais favorável à qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** diálise peritoneal; diálise renal; qualidade de vida.

### ABSTRACT

**Introduction:** Chronic kidney disease (CKD) compromises the health and routine of the patient. On the fifth stage of CKD, the patient becomes eligible to start renal replacement therapy: hemodialysis (HD), peritoneal dialysis (PD) or kidney transplantation. The type of CKD treatment is essential to improving quality of life of the patient. **Objective:** To compare the quality of life of CKD stage 5 patients who perform HD and home PD. **Methods:** Cross-sectional study with data collection, by convenience, through the application of socioeconomic and KDQOL SF-36 questionnaires in HD and PD patients of the Pro-Renal Foundation and satellite clinics in Curitiba-PR. **Results:** The sample was 338 patients, 222 HD and 116 PD. Average age: 54.4 years for HD group ( $\pm 15.28$ ) and 58.00 for the DP group ( $\pm 13.99$ ). The variables: work status ( $p < 0.05$ ), encouragement by dialysis staff ( $p < 0.01$ ) and patient satisfaction ( $p < 0.001$ ) were in favor of DP; while physical functioning ( $p < 0.05$ ) and emotional function ( $p < 0.01$ ) were to HD. **Conclusion:** Objectively, PD was more favorable regarding quality of life, for the large number of items with significant results when compared to HD. However, the two variables of greatest significance found in HD (physical functioning and emotional functioning) ended up having a much greater impact on well-being and daily-life of the patient in the environment external to the clinic than those who were higher in DP, making HD the most favorable for patient quality of life.

**Keywords:** peritoneal dialysis; quality of life; renal dialysis.

## INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) apresenta altas taxas de incidência e prevalência e tem se configurado como um problema de saúde mundial, com prognósticos reservados e elevados custos para a saúde pública,<sup>1</sup> aproximadamente 1,4 bilhões de reais no Brasil.<sup>2</sup> Em 2013, o número de pacientes em diálise era de 100.397 pessoas, sendo que 90,8% se encontravam em tratamento por hemodiálise (HD) e 9,2% em diálise peritoneal (DP).<sup>3</sup> A DRC grave ou não tratada pode limitar a realização das atividades diárias. Ela pode ser causada tanto por doenças primárias dos rins ou por doenças sistêmicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a *diabetes mellitus* (DM).<sup>4</sup> Outras etiologias podem estar implicadas como glomerulonefrites crônicas (tendo Lúpus Eritematoso Sistêmico e vasculites sistêmicas como causas secundárias), obstrução do trato urinário, lesões renais de causa hereditária (rim policístico), medicamentos, agentes tóxicos e ocupacionais, infecções, nefrectomia e distúrbios vasculares.<sup>5</sup>

A DRC se conceitua como a lesão do parênquima renal associada ou não à diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), por três meses consecutivos ou mais, ou  $TFG < 60 \text{ mL/minute/1,73m}^2$  por 3 meses ou mais.<sup>1,2</sup> A terapia substitutiva renal (TRS), indicada para os pacientes com DRC em estágio avançado (V), se subdivide em três tipos: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal.<sup>6,7</sup> O tratamento da DRC é discutido entre o paciente e o nefrologista, que deve apresentar as modalidades de TRS, preferencialmente quando o paciente se encontra no estágio 4,<sup>8</sup> sendo que no estágio V ele encontra-se elegível para iniciar a TRS.<sup>7,9</sup> Jassal *et al.* entrevistaram 132 diretores de unidades de nefrologia na Grã Bretanha e relataram que a escolha do melhor tratamento é influenciada pela vontade do paciente, a qualidade de vida e a morbimortalidade de determinada TRS.<sup>10,11</sup>

A HD consiste na remoção de solutos e fluídos com o auxílio de uma fístula arteriovenosa e de um filtro artificial (capilar ou membrana de diálise), é realizada habitualmente três vezes por semana e com durações variadas de três a quatro horas em cada sessão, numa rotina rígida que restringe a independência do paciente.<sup>9,11</sup> A DP utiliza a própria superfície peritoneal como membrana para os processos de troca e tem como vantagem potencial a possibilidade de ser realizada em domicílio. Existe ainda o transplante renal, cuja principal complicação é a rejeição ao órgão doado.<sup>12</sup>

O termo Qualidade de Vida compreende uma ampla gama de conceitos que afetam a satisfação global com a vida, como boa saúde, moradia adequada, emprego, segurança, educação e lazer. Quando relacionada à saúde, leva em conta os aspectos físicos, sociais e emocionais causadas por uma doença ou tratamento.<sup>13</sup> Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário *Kidney Disease Quality of Life*, o KDQOL™, desenvolvido pelo *Kidney Disease Quality of Life Working Group*, em portadores de insuficiência renal crônica em pacientes dialíticos. O KDQOL™ possui uma apresentação abreviada que foi utilizada nesse estudo, o KDQOL-36™,<sup>1</sup> que foi validado e adaptado para a realidade brasileira em um estudo com 94 pacientes.<sup>14</sup> Esse questionário contempla variáveis como saúde física, repouso e disposição no dia-a-dia, funções cognitivas, satisfação sexual, alimentação, vida social e comunicação, presença/ausência de dor, relações familiares, trabalho, lazer e estado emocional.<sup>5,15</sup> Tais parâmetros estão associados, entre outras variáveis, ao tipo de tratamento instituído, sendo que a HD e a DP apresentam vantagens e desvantagens com relação aos aspectos do cotidiano dos pacientes em terapia renal substitutiva.<sup>16</sup> Embora os diferentes métodos dialíticos sejam equivalentes em questões relacionadas à reabilitação dos pacientes e mortalidade, a qualidade de vida em cada método ainda deve ser objeto de mais profunda investigação.

O presente estudo teve como objetivo comparar a qualidade de vida entre pacientes estáveis em terapia renal substitutiva que realizam HD ou DP domiciliar, sendo um dos poucos trabalhos feitos na região Sul do Brasil.

## MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo, com o protocolo nº 290.964. Todos os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos da mesma e voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estudo transversal e realizado em três clínicas satélites de hemodiálise e no setor de diálise peritoneal da Fundação Pró-Renal, na cidade de Curitiba-PR, que é considerado um serviço de referência para pacientes que necessitam de TRS no município e região metropolitana, por contar com diversas clínicas satélites e receber um número alto de pacientes comparados a outros centros da região, o que possibilitou um *n* alto

comparativamente a outros trabalhos na literatura. Amostra foi calculada usando-se intervalo de confiança de 95%, resultando em 222 pacientes em HD e 122 em DP, de ambos os gêneros.

Foram utilizados na coleta de dados dois questionários validados, um abrangendo aspectos socioeconômicos e outro a respeito de qualidade de vida. O questionário socioeconômico abordou as variáveis: idade, sexo, profissão, estado civil, religião, procedência, comorbidades e medicamentos em uso. O *Kidney Disease Quality of Life, KDQOL™*, desenvolvido pelo *Kidney Disease Quality of Life Working Group*, validado para estudos em português,<sup>15</sup> avalia a qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica em pacientes dialíticos. Os questionários foram aplicados por conveniência, pelos pesquisadores, aos pacientes maiores de 18 anos com DRC em estágio V (VD) em TRS que realizavam diálise peritoneal domiciliar ou hemodiálise, há pelo menos 90 dias, e que aceitaram responder ao questionário. Os pacientes em hemodiálise possuíam acesso vascular definitivo (fístula arteriovenosa), frequentavam a clínica três vezes por semana com duração de cerca de três horas por sessão. Foram excluídos da pesquisa pacientes que não cumpriram os critérios de inclusão e que apresentavam doença mental (sequela de acidentes vasculares encefálicos ou quadros demenciais) que os impedissem de responder as questões e neoplasia.

Os dados sobre a qualidade de vida foram organizados com o programa Excel (Microsoft) e convertidos pelo *KDQOL-SF™ Version 1.3 Scoring Program* (v 3.0). Os dados sobre identificação e situação socioeconômica foram inseridos em planilha Excel (Microsoft) e o tratamento estatístico foi feito com utilização do programa SPSS v.20.0. Para descrição de variáveis quantitativas, foram consideradas as estatísticas de média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Para descrição de variáveis qualitativas, foram determinadas frequências e percentuais. Para comparação entre dois grupos, foi considerado o teste *t* de *Student* para amostras independentes ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, dependendo da distribuição dos dados. Para comparação de três grupos (divididos por faixa etária), foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para avaliação da homogeneidade de distribuições, foi considerado o teste de Qui-Quadrado. Para avaliação da condição de normalidade, foi considerado o teste de Jarque-Bera. Considerou-se que valores de *p* menores do que 5% (*p* < 0,05) indicaram significância estatística.

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 338 pacientes, sendo 222 pacientes em HD e 116 em DP, foi realizada correção estatística para que não haja impacto na comparação final dos grupos. A média de idade observada foi de 54,4 ± 15,2 anos para o grupo em HD e 58,0 ± 13,9 anos para o grupo em DP. Os pacientes foram divididos de acordo com a faixa etária em três grupos: 18-40 anos, 41-60 anos e acima de 60 anos, conforme apresentado na Tabela 1.

**TABELA 1** DIVISÃO DA FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES

Faixa Etária	Grupo			
	HD		DP	
	N	%	n	%
18 a 40	45	20,3%	16	13,8%
41 a 60	96	43,2%	44	37,9%
> 60	81	36,5%	56	48,3%
Total	222	100,0%	116	100,0%

Teste de Kruskal-Wallis. Significância: *p* < 0,086. HD = Hemodiálise; DP = Diálise peritoneal.

Em relação ao gênero, a análise estatística dessa variável não foi significativa (*p* > 0,05). Quanto ao estado civil, houve significância estatística com *p* < 0,05, com predominância de 62,9% na DP (*n* = 72,9) e 51,4% na HD (*n* = 114,1) dos pacientes casados, enquanto os solteiros foram o segundo grupo predominante. A religião católica teve 68 pessoas adeptas na DP, 119 na HD e a segunda religião com maior número foi a evangélica, com 33 na DP e 75 na HD.

As comorbidades predominantes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) isolada nos pacientes da HD (41,9% - *n* = 93); já na DP, o predomínio foi de pacientes com associação de HAS e *diabetes mellitus* (DM) (33,0% - *n* = 38,28), conforme especificado na Tabela 2 (contém apenas a porcentagem referente às comorbidades), os dados de 5 pacientes não foram analisados pois estes não responderam ou não sabiam responder esta questão. Foi analisado o grau de conhecimento dos pacientes a respeito da causa de sua doença renal crônica, sendo que 78,4% daqueles em DP (*n* = 90,9) e 62,2% daqueles em HD (*n* = 138) responderam positivamente a este questionamento (*p* < 0,01). Quanto à escolaridade, nos dois grupos houve predomínio do ensino fundamental incompleto com 43,1% em DP (*n* = 49,9) e 40,5% em HD (*n* = 89,9) (*p* = 0,355) (Tabela 3).

**TABELA 2** COMORBIDADES MAIS PREVALENTES NOS PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE

Comorbidades	Grupo			
	HD		DP	
	N	%	N	%
HAS	91	41,9%	37	32,2%
DM	10	4,6%	2	1,7%
Outras	11	5,1%	4	3,5%
Nenhuma	21	9,7%	9	7,8%
HAS e DM	48	22,1%	38	33,0%
HAS e Outras	23	10,6%	17	14,8%
HAS, DM e Outras	12	5,5%	8	7,0%
DM e Outras	1	0,5%	0	0,0%
Total	217	100,0%	115	100,0%

HD = Hemodiálise; DP = Diálise peritoneal, HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; DM = *Diabetes Mellitus*; Outras = Lúpus Eritematoso Sistêmico, Rins Policísticos, Estenose Ureteral, Uropatia Obstrutiva/ Glomerulonefrite e Nefrectomia.

**TABELA 3** ESCOLARIDADE DOS PACIENTES

Escaridade	Grupo			
	HD		DP	
	N	%	N	%
EF completo	26	11,7%	15	12,9%
EF incompleto	90	40,5%	50	43,1%
EM incompleto	12	5,4%	1	0,9%
EM completo	48	21,6%	27	23,3%
ES incompleto	9	4,1%	0	0,0%
ES completo	22	9,9%	15	12,9%
Analfabeto	15	6,8%	8	6,9%
Total	222	100,0%	116	100,0%

Teste Qui-Quadrado  $p < 0,035$  DP = Diálise Peritoneal; HD = Hemodiálise; EF = ensino fundamental; EM = ensino médio; ES = ensino superior.

Em relação à renda mensal familiar, a maioria dos entrevistados afirmou receber até um salário mínimo (50% em DP [n = 58], 52,3% em HD [n = 116,1]). De um modo geral, o tipo de domicílio predominante foi casa própria (81,9% em DP [n = 95] e 74,2% em HD [n = 164,7]), de alvenaria (79,3% em DP [n = 91,9] e 65,8% em HD [n = 146]) e com rede de esgoto (96,6% em DP [n = 112] e 95,9% em HD [n = 212,8]).

Entre as variáveis, em relação ao questionário KDQOL-SF 36, as que apresentaram significância estatística foram: situação do trabalho (média de *score* = 14,64 para pacientes em HD e 25,0 para

pacientes em DP, com  $p < 0,05$ ); estímulo por parte da equipe de diálise (média de *score* = 83,11 em HD e 96,12 em DP, com  $p < 0,01$ ); satisfação do paciente (média de *score* = 71,47 em HD e 81,61 em DP, com  $p < 0,001$ ); funcionamento físico (média de *score* = 52,75 em HD e 45,78 em DP, com  $p < 0,05$ ); função emocional (média de *score* = 56,61 em HD e 44,25 em DP, com  $p < 0,01$ ), assim como apresentado na Tabela 4.

## DISCUSSÃO

A qualidade de vida, definida em 1994 pela Organização Mundial de Saúde, é “a percepção individual da posição da vida no contexto da cultura e do sistema de valores em que se vive e sua relação com as metas, expectativas, normas e interesse.”<sup>4</sup> O termo qualidade de vida assume importância para portadores de doenças crônicas, pois estas doenças impactam negativamente na vida dessas pessoas.<sup>5</sup>

Apesar de haver vários estudos na literatura sobre este tema, no Brasil, foram encontrados poucos estudos realizados na região Sudeste,<sup>5,17</sup> sendo nosso estudo um dos poucos realizados em nossa região comparando os métodos de terapia dialítica.

O questionário KDQOL-SF 36 é um meio objetivo de mensurar aspectos da qualidade de vida como condições físicas, psicológicas, sociais, culturais sob o ponto de vista e a percepção do próprio paciente renal crônico, permitindo traçar um perfil das necessidades de cuidados e intervenções para esses indivíduos.<sup>15</sup>

Na escolha do tratamento, os pacientes renais crônicos se deparam com diversas decisões e escolhas acerca do tratamento a ser realizado (hemodiálise, diálise peritoneal, transplante e tratamento conservador).<sup>7</sup> Porém, nem sempre recebem todas as informações a respeito das modalidades terapêuticas de diálise e possibilidade de transplante renal. A escolha depende basicamente dos médicos, da disponibilidade dos métodos e preferência do paciente.<sup>10</sup>

## SOCIOECONÔMICO

Em nosso estudo, a média de idade foi de 54,4 anos para o grupo da HD e 58,0 na DP, o que vai de encontro com os estudos de *Zhang et al.*,<sup>18</sup> conduzido em Beijing, na China, e de *Arenas et al.*,<sup>17</sup> realizado em São Paulo-SP, em 2009. Em relação ao gênero, predominou o sexo feminino na DP e o sexo masculino na HD, assim como mostrado na literatura.<sup>18</sup>

**TABELA 4** COMPARAÇÃO DOS GRUPOS EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS RELEVANTES NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA A PARTIR DO KDQOL - SF 36

Variável	Grupo Hemodiálise n (média)	Grupo Diálise Peritoneal N (média)	Valor de p*
Lista de sintomas/Problemas	222 (77,88)	116 (75,77)	0,331
Efeitos da doença renal	222 (68,03)	116 (69,81)	0,586
Sobrecarga da doença renal	222 (42,23)	116 (42,89)	0,879
Situação do trabalho	222 (14,64)	116 (25,00)	0,012
Função cognitiva	222 (79,64)	116 (81,09)	0,446
Qualidade da interação social	222 (79,85)	116 (79,14)	0,988
Função sexual	77 (87,99)	30 (83,50)	0,074
Sono	222 (68,63)	116 (67,56)	0,791
Suporte social	222 (83,11)	116 (86,21)	0,771
Função emocional	222 (56,61)	116 (44,25)	0,009
Funcionamento Físico	222 (52,75)	116 (45,78)	0,043
Satisfação do paciente	222 (71,47)	116 (81,61)	< 0,005
Estímulo por parte da equipe de diálise	222 (83,11)	116 (96,12)	0,008

Teste não paramétrico de Mann-Whitney.  $p < 0,05$ .

A prevalência de DM no estudo de *Rufino et al.* foi de 62,4% na DP e 44% na HD e não foram citadas outras comorbidades.<sup>19</sup> No presente estudo, a prevalência de DM como comorbidade isolada foi menor (1,7% na DP [n = 1,97] e 4,6% na HD [n = 10,2]), já quando associada com HAS foi de 33,0% (n = 38,2) na DP e 22,1% (n = 49) na HD. Entretanto, a comorbidade mais prevalente no presente estudo foi HAS isolada nos pacientes da HD (41,9% [n = 93]) e HAS somada a DM na DP (33,0% [n = 38,2]).

Quanto à renda familiar mensal, predominou a renda de até um salário mínimo nas duas modalidades terapêuticas dialíticas, enquanto *Arenas et al.* encontraram 1-4 salários mínimos na HD e mais que 4 salários mínimos na DP<sup>17</sup> como renda familiar. Em consenso com a literatura, o nível educacional encontrado em nosso estudo foi similar ao de outros estudos, com predomínio do nível fundamental incompleto.<sup>15</sup>

#### EFEITOS DA DOENÇA RENAL

De acordo com o estudo de *Ginieri-Coccosis et al.*, conduzido em Atenas-Grécia, pacientes em DP têm melhor qualidade de vida em variáveis como: habilidade para viajar, assuntos financeiros, problemas de acesso à diálise e restrição alimentar e hídrica<sup>20</sup>. Em relação à restrição alimentar e hídrica, também citado no estudo *Oreopoulos et al.* metanálise realizada no ano de 2008, os pacientes da DP podem ter uma dieta e uma ingestão de líquido mais liberal

devido à preservação da função renal residual.<sup>21</sup> Porém, em nosso estudo esses dados não obtiveram diferenças significativas entre as duas modalidades terapêuticas ( $p = 0,586$ ).

#### SOBRECARGA RENAL

Segundo *Theofilou et al.*,<sup>22</sup> *Fructuoso et al.*<sup>23</sup> e *Ginieri-Coccosis et al.*<sup>20</sup> pacientes em DP apresentam melhores índices de qualidade de vida nos domínios de sobrecarga renal. Porém, no trabalho realizado, a sobrecarga da doença renal não foi significativa ( $p = 0,879$ ), apesar de a média ser melhor na DP.

#### SATISFAÇÃO COM CUIDADOS MÉDICOS

Quanto à satisfação frente aos cuidados médicos, o presente estudo apresentou significância com índices melhores dos pacientes da DP quando comparado aos pacientes da HD. Sugere-se que isso ocorra porque os pacientes da DP apenas têm contato duas vezes por mês com os profissionais da Clínica, enquanto que os da HD frequentam a Clínica três vezes por semana, com duração média de quatro horas, possibilitando maiores situações de estresse entre paciente e funcionários.

#### SITUAÇÃO NO TRABALHO

Em geral, os pacientes da DP são mais ativos no quesito trabalho ( $p = 0,012$ ), assim como no estudo de *García-Llana et al.* realizado em Madrid-Espanha no ano de 2013.<sup>7</sup> Justifica-se pelo fato da maioria dos

pacientes da DP optarem por realizar a TRS à noite, o que os torna disponíveis para trabalhar durante o dia.

#### FUNÇÃO COGNITIVA E QUALIDADE DE INTERAÇÃO SOCIAL

Já em relação à função cognitiva e qualidade da interação social, nossos resultados estão de acordo com os encontrados no estudo de *Fructuoso et al.* conduzido em Vila Real-Portugal no ano de 2011,<sup>23</sup> com ausência de significância estatística, sendo a média da DP melhor na função cognitiva e a média da HD melhor na qualidade da interação social.

#### FUNÇÃO SEXUAL

A qualidade da função sexual no estudo de *Fructuoso et al.* não apresentou diferença significativa entre os grupos em DP e HD.<sup>23</sup> Já no estudo de *Thodis et al.*, uma metanálise no ano de 2011, observou-se vantagem significativa para a HD.<sup>11</sup> Em nosso presente estudo, apesar da média em HD ser maior que na DP, o resultado apresentou uma tendência à significância ( $p = 0,074$ ). É importante ressaltar que os pacientes da DP apresentam um cateter abdominal, o qual pode influenciar na estética e gerar desconforto pelo volume do cateter inibindo-os diante do parceiro sexual.

#### QUALIDADE DO SONO

*Turkmen et al.*,<sup>24</sup> em estudo realizado na Turquia em 2012, e *Theofilou et al.*<sup>22</sup> relatam que a má qualidade do sono não é incomum nos pacientes em HD, com prevalência em torno de 41%-83%. Essa condição ocorre mais frequentemente associada ao gênero feminino, idade avançada, presença de depressão, doença cardiovascular, qualidade ruim da terapia dialítica e qualidade de vida relacionada à saúde comprometida. No estudo de *Ginieri-Coccosis et al.*,<sup>20</sup> que compara as duas modalidades terapêuticas, a HD mostrou melhores índices em relação ao sono do que a DP. No presente trabalho, a qualidade de sono da HD foi melhor que na DP, apesar de não apresentar significância estatística. Esse dado pode ser explicado pelo fato da máquina da DP permanecer ligada durante a noite, potencialmente prejudicando o sono reparador e a movimentação do paciente na cama.

#### SUPORTE SOCIAL

Em relação ao suporte social, os resultados obtidos vão de encontro ao estudo de *Fructuoso et al.*, pois

não apresentam significância estatística, com índices maiores na DP.<sup>23</sup> Já o estímulo por parte da equipe não é condizente, pois em nosso estudo as médias foram melhores na DP ( $p = 0,008$ ).

#### FUNCIONAMENTO FÍSICO E DOR

A variável funcionamento físico não apresenta um consenso na literatura já que existem estudos,<sup>17</sup> assim como o nosso, em que os pacientes em HD parecem ter um desempenho físico melhor, enquanto outros<sup>6</sup> concluíram que a DP é mais significativa nessa variável. Ainda nos estudos de *García-Llana et al.*<sup>7</sup> e *Zhang et al.*,<sup>20</sup> a presença do quesito dor foi significativo, sendo a mais frequentemente observada nos pacientes da HD, enquanto que os nossos resultados mostraram maior presença de dor nos pacientes em DP, porém sem significância estatística. Possivelmente, há este contrassenso em nosso estudo pela média de idade dos pacientes da DP ser maior que dos pacientes da HD. Deve-se levar em consideração que pacientes mais velhos podem apresentar uma deterioração física maior que pacientes mais jovens, além de tenderem a outras comorbidades que cursam com quadros dolorosos (como patologias ósseas degenerativas).

#### SAÚDE GERAL

No quesito saúde geral, não foi observada diferença significativa entre os grupos, assim como em outro estudo brasileiro,<sup>17</sup> porém a média foi maior nos pacientes da DP.

#### FUNÇÃO EMOCIONAL

A função emocional foi significativamente melhor nos pacientes em HD em relação à DP, contrariando o estudo de *Zhang et al.*<sup>18</sup> Já o bem-estar emocional, apesar de não ter revelado diferença significativa entre os grupos e nem correlação com a literatura, apresentou-se melhor na HD.

#### FUNÇÃO SOCIAL

Quanto à função social, no presente estudo, assim como no de *García-Llana et al.*,<sup>7</sup> a variável estudada não mostrou diferença significativa entre os grupos, embora com índices maiores na DP. No estudo de *Zhang et al.*,<sup>18</sup> a variável mostrou diferença significativa entre os grupos, favorecendo aos pacientes em DP. Os dados encontrados sugerem que os pacientes em DP apresentam menos restrições às atividades habituais e sociais, podendo interagir mais socialmente.

## VITALIDADE

Na análise desta variável não observamos diferenças significativas entre os grupos no nosso estudo, porém com melhor média para os pacientes em DP, assim como no estudo de *Zhang et al.* em que essa variável foi significativa.<sup>18</sup> Possivelmente, isto ocorre porque a HD se constitui num tratamento que pode ser mais desgastante, exigindo mais dos pacientes, os quais relatam que após cada sessão necessitam de um tempo de recuperação devido à fadiga intensa, complicação comum da HD.<sup>25</sup>

## COMPOSIÇÃO FÍSICA E MENTAL

Com relação às variáveis SF-12 Composição física e SF-12 Composição mental, não observamos diferenças significativas entre os grupos, porém índices mais elevados foram observados entre os pacientes em HD, de maneira semelhante aos vistos nos estudos de *García-Llana et al.* e *Arenas et al.*<sup>7,17</sup>

## CONCLUSÃO

As pessoas, especialmente aquelas portadoras de doenças crônicas, como o renal crônico, são muito complexas em seus aspectos físicos e emocionais, que muitas vezes não são mensuráveis por aplicação de questionários. O questionário KDQOL-SF 36 contempla vários pontos relevantes do dia-a-dia do doente renal crônico, porém não é capaz de descrever exatamente pontos subjetivos, como aparência cansada, deprimida e queixas referentes a sintomas que não constavam nas questões. Fatores individuais podem desempenhar papel determinante na escolha da modalidade terapêutica. Sendo assim, o médico deve discutir com o paciente os aspectos mais relevantes para a qualidade de vida deste.

Objetivamente, a DP demonstrou-se mais favorável a melhor qualidade de vida do paciente, por apresentar três variáveis significativas, enquanto a HD apresentou duas variáveis significativas. Porém, deve-se levar em consideração que os dois quesitos significativos na HD, função emocional e física, são mais relevantes para a qualidade de vida no cotidiano do paciente fora da clínica. Enquanto que, das três variáveis significativas da DP, apenas a situação do trabalho contribui de forma relevante no cotidiano do paciente. As outras duas variáveis da DP, satisfação do paciente e estímulo por parte da equipe, provavelmente favoreceram esta modalidade terapêutica pelo fato dos pacientes

apresentarem menos contato com a equipe e estarem menos suscetíveis a situações de estresse que podem ocorrer nos ambientes de tratamento por hemodiálise.

Este estudo apresentou limitações, já que não tivemos acesso a diversos dados como exames laboratoriais, ultrafiltrado, kt/v, que podem interferir na qualidade de vida destes doentes.

## REFERÊNCIAS

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39:S1-266.
2. Kirsztajn GM, Souza E, Romão Júnior JE, Bastos MG, Meyer F, Andrada NC. Sociedade Brasileira de Nefrologia, Sociedade Brasileira de Urologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Projeto Diretrizes Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico; 2011.
3. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. *J Bras Nefrol* 2014;36:476-81.
4. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso Rde C. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics (São Paulo)* 2011;66:991-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322011000600012>
5. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Caceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012;20:838-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500004>
6. Kussumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de paciente em hemodiálise [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2005.
7. García-Llana H, Remor E, Selgas R. Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema* 2013;25:79-86.
8. Kirsztajn GM, Romão Júnior JE, Souza E, Soriano EA, Ribas DF, Andrada NC, et al. Projeto Diretrizes Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Tratamento; 2011.
9. National Kidney Foundation. KDQOI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for 2006 updates: hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy and vascular access. *Am J Kidney Dis* 2006;48: S1-322.
10. Jassal SV, Krishna G, Mallick NP, Mendelssohn DC. Attitudes of British Isles nephrologists towards dialysis modality selection: a questionnaire study. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:474-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/17.3.474>
11. Thodis ED, Oreopoulos DG. Home dialysis first: a new paradigm for new ESRD patients. *J Nephrol* 2011;24:398-404.
12. Tolckoff-Rubin N. Tratamento da Insuficiência Renal Irreversível. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil: Tratado de Medicina Interna*. 23a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.1080-93.
13. Bergner M. Quality of life, health status, clinical research. *Med Care* 1989;27:S148-56. PMID: 2646487 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198903001-00012>
14. 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;38:261-70. PMID: 15785838 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2005000200015>
15. Moreira CA, Garletti Júnior W, Lima LF, Lima CR, Ribeiro JF, Miranda AF. Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do KDQOL-SFTM. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55:22-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000100010>

16. Gokal R, Figueras M, Ollé A, Rovira J, Badia X. Outcomes in peritoneal dialysis and haemodialysis-a comparative assessment of survival and quality of life. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:24-30. PMID: 10528709 DOI: [http://dx.doi.org/10.1093/ndt/14.suppl\\_6.24](http://dx.doi.org/10.1093/ndt/14.suppl_6.24)
17. Arenas VG, Barros NFN, Lemos FB, Martins MA, David-Neto E. Qualidade de vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. *Acta Paul Enferm* 2009;22:535-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800017>
18. Zhang AH, Cheng LT, Zhu N, Sun LH, Wang T. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-5-49>
19. Rufino JM, García C, Vega N, Macía M, Hernández D, Rodríguez A, et al. Current peritoneal dialysis compared with haemodialysis: medium-term survival analysis of incident dialysis patients in the Canary Islands in recent years. *Nefrologia* 2011;31:174-84.
20. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol* 2008;9:14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2369-9-14>
21. Oreopoulos DG, Ossareh S, Thodis E. Peritoneal dialysis: past, present, and future. *Iran J Kidney Dis* 2008;2:171-82.
22. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *J Clin Med Res* 2011;3:132-8. DOI:<http://dx.doi.org/10.4021/jocmr552w>
23. Frutuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 2011;31:91-6.
24. Turkmen K, Erdur FM, Guney I, Gaipov A, Turgut F, Altintepe L, et al. Sleep quality, depression, and quality of life in elderly hemodialysis patients. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2012;5:135-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/IJNRD.S36493>
25. Karkar A. Modalities of hemodialysis: quality improvement. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2012;23:1145-61.