

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**MARÍLIA PILOTTO DE OLIVEIRA**

**Qualidade de vida relacionada à saúde  
de adultos e idosos em diálise peritoneal**

**Ribeirão Preto  
2010**

**MARÍLIA PILOTTO DE OLIVEIRA**

**Qualidade de vida relacionada à saúde  
de adultos e idosos em diálise peritoneal**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto e idoso com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Kusumota

**Ribeirão Preto  
2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisas, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Marília Pilotto de  
Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto, 2010.  
124 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Kusumota, Luciana.

1. Doença Renal Crônica. 2. Diálise peritoneal. 3. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. 4. Adulto. 5. Idoso.

Nome: OLIVEIRA, Marília Pilotto de

Título: **Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof.Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho*

*a minha avó , Maria Helena (in memorian), exemplo de fé, por ser minha maior e melhor incentivadora,*

*ao meu avô, Wilson (in memorian), exemplo de luta, de honestidade, por sempre ter ficado do meu lado e*

*a minha mãe, Lúcia Elene, razão do meu viver, meu porto seguro, por ser companheira em todos os momentos da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao final de mais uma etapa, alguns agradecimentos são essenciais, pois sem a contribuição dessas pessoas não teria alcançado este objetivo.*

*À Deus, por me abençoar, me iluminar e me dar forças para conquistar este objetivo.*

*À Profa. Dra. Luciana Kusumota, pela oportunidade de realizar este trabalho, pelos valiosos ensinamentos, carinho, apoio, amizade e dedicação. Luciana, não tenho palavras suficientes para agradecê-la, sem a sua sensibilidade este trabalho certamente não se concretizaria.*

*À Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos, pela disponibilidade e colaborações no exame de qualificação.*

*À Profa. Dra. Sueli Marques, pelas colaborações no exame de qualificação, amizade, carinho e incentivo.*

*À Profa. Dra. Rita C. H. M. Ribeiro (mamãe), pelo cuidado e carinho de sempre. Seu jeito único de ser e seu profissionalismo me incentivaram a escolher a Gerontologia e a Nefrologia, muito do que sou devo à você.*

*À equipe de profissionais do Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto (SENERP) e do Serviço de Diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, pela receptividade e colaboração para a realização deste trabalho.*

*Às enfermeiras Nilza, Beatriz e Susana, pelo apoio, paciência e colaboração nas informações sobre os pacientes.*

*À Darlene, pela colaboração na digitação dos dados.*

*À Mieko, pela colaboração na organização dos dados.*

*Ao Prof. Dr. Vanderlei Haas, pela colaboração na análise estatística realizada.*

*Ao meu pai Odair, por ter me dado a vida.*

*Ao meu tio Renato, por acreditar nos meus sonhos e me ajudar a torná-los realidade.*

*Aos meus avós Adelino e Lourdes, pelo carinho de toda a vida.*

*Ao meu irmão Wilson e ao meu padrasto Daniel, pelo apoio e por todas as caronas no decorrer deste processo.*

*À todos os meus amigos pelo incentivo, em especial à Anne, Amelinha e Bia, que acompanharam de perto este processo, pela amizade, companheirismo, carinho e o apoio de sempre.*

*Aos companheiros de disciplina que tornaram esta caminhada mais divertida, em especial Alexandra, Amelinha, Ana Maria, Bibi, Carla, Carol Garla, Dani, Eli, Eliana, Gabi, Gui, Jana, Kelly, Leila, Maria Eugênia, Marcela, Renata e Tayana.*

*À todos os docentes da pós-graduação e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que me ajudaram na concretização deste trabalho.*

*À todos os docentes do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pela minha formação acadêmica, pelas lições de profissionalismo e amor à profissão, sem as quais eu não poderia iniciar este novo projeto de vida.*

*Ao Prof. Dr. Ricardo Luiz Dantas Machado, pela oportunidade de desenvolver meu primeiro projeto de pesquisa.*

*A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que auxiliou a realização deste estudo.*

*Aos adultos e idosos em Diálise Peritoneal que participaram e colaboraram com a realização deste estudo, pela paciência e carinho com que me atenderam e me mostraram um pouco de suas vidas.*

**Muito obrigada.**

*“Tudo posso naquele que me fortalece”*

*Filipenses 4:13*



## RESUMO

OLIVEIRA, M.P. **Qualidade de Vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal**. 2010. 124 f. (Dissertação Mestrado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.

**Introdução:** Os pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) terminal dependem de tecnologias terapêuticas avançadas para sobreviver, a exemplo da Diálise Peritoneal (DP). Estes pacientes apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas, incapacidades e mudanças biopsicossociais e econômicas que interferem na qualidade de vida. Os aspectos da saúde relacionados à qualidade de vida destes pacientes podem ser influenciados pela DRC terminal, bem como pela DP, impactando na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos pacientes. **Objetivos:** Caracterizar os adultos e idosos em DP atendidos em Ribeirão Preto-SP, de dezembro de 2009 a março de 2010; descrever a QVRS destes pacientes por meio do *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF™) e comparar a QVRS dos pacientes em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). **Material e Método:** Estudo seccional e populacional realizado nos dois serviços que oferecem o tratamento de DP em Ribeirão Preto. Foram incluídos no estudo 82 pacientes que atenderam aos seguintes critérios: ter 18 anos ou mais de idade; apresentar-se em tratamento por DPAC ou DPA por três meses ou mais; ter resultado satisfatório na avaliação cognitiva e não se encontrar hospitalizado por complicações agudas ou em tratamento de peritonite. Para a coleta de dados que ocorreu de dezembro de 2009 a março de 2010, foi utilizado um questionário para caracterização dos pacientes, o Miniexame do Estado Mental e o KDQOL-SF™. Os dados foram analisados por meio de análise exploratória uni e bivariada, análise confirmatória bivariada e análise multivariável por regressão linear múltipla das dimensões de QVRS de interesse. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. **Resultados:** Dos pacientes, 36 eram adultos e 46 idosos, 44 realizavam DPAC e 38, DPA. As dimensões que obtiveram maiores escores refletindo melhor QVRS foram: estímulo por parte da equipe de diálise, suporte social e função cognitiva; e as dimensões que obtiveram menores escores refletindo pior QVRS foram: situação de trabalho, função física e sobrecarga da doença renal. Foi encontrada pequena variação da QVRS entre os pacientes em DPAC e em DPA sem significância estatística. Foi verificado maior número de correlação da QVRS com idade, número de comorbidades e de complicações. Na regressão linear múltipla, foi constatada associação dos fatores que impactaram negativamente a QVRS: maior idade com funcionamento físico; ter diabetes com sobrecarga da doença renal; realizar DPA com sobrecarga da doença renal; maior número de comorbidades e complicações com funcionamento físico, com função física e com sobrecarga da doença renal. **Conclusão:** As variáveis que tiveram maior impacto na QVRS foram a idade, o trabalho, as comorbidades e as complicações. Os resultados deste estudo podem favorecer o atendimento das necessidades e peculiaridades dos pacientes em DP.

**Palavras-chave:** doença renal crônica, qualidade de vida relacionada à saúde, diálise peritoneal, adulto, idoso.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, M.P. **Health-Related Quality of Life of adult and elderly on peritoneal dialysis**. 2010. 124 f. Thesis (Master's) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

Introduction: Patients with end-stage Chronic Kidney Disease (CKD) depend on therapeutic strategies such as Peritoneal Dialysis (PD) in order to survive. These patients have everyday limitations and go through uncountable losses, disabilities, biopsychosocial and economic changes which interfere with their quality of life. The health aspects related to the quality of life of these patients can be influenced by end-stage CKD, as well as by PD, leading to an impact in Health-Related Quality of Life (HRQL). Aims: To characterize adult and elderly patients on PD treated in Ribeirão Preto-SP from december 2009 through march 2010; to describe HRQL of these patients using the *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF™) and to compare HRQL of patients on Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) and on Automated Peritoneal Dialysis (APD). Material and Methods: Cross-sectional population-based study carried out in two services which offer PD in Ribeirão Preto. Eighty-two patients were included in the study with the following criteria: being 18 years old or older, attending CAPD or APD during 3 months or more, having satisfactory results in the cognitive assessment and not being hospitalized due to acute complications or under peritonitis treatment. Data collection was carried out from december 2009 through march 2010 by using a questionnaire for patient characterization, the Mini-mental state examination and the KDQOL-SF™. The dimensions of HRQL were analyzed by uni- and bivariate exploratory analysis, bivariate confirmatory analysis and multivariate multiple linear regression analysis. The research project has been approved by the Ethics and Research Committee of *Hospital das Clínicas*, University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School. Results: Thirty-six of the patients were adults and 46 were elderly, 44 were on CAPD and 38 were on APD. The dimensions which scored higher, thus reflecting better HRQL, were: dialysis staff encouragement, social support and cognitive function; the dimensions which scored lower, thus reflecting worse HRQL, were work status, role-limitations physical and burden of kidney disease. No statistically significant difference between CAPD and APD patients was found. A higher correlation between HRQL and age, number of comorbidities and complications was found. In multiple linear regression, an association of factors which negatively impact on HRQL was found: higher age with symptoms; having diabetes with burden of kidney disease; being on APD with burden of kidney disease; higher number of comorbidities with physical functioning, with role-limitations physical and with burden of kidney disease. Conclusion: The variables which mostly impacted on HRQL were age, work, comorbidities and complications. The results of this study may favor the treatment of the needs and peculiarities of patients on PD.

Keywords: Chronic kidney disease, Health-related quality of life, peritoneal dialysis, adult, elderly

## RESUMEN

OLIVEIRA, M.P. **Calidad de Vida relacionada a la salud de adultos y ancianos en diálisis peritoneal**. 2010. 124 h. (Disertación de Maestría) – Ribeirão Preto (SP): Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo; 2010.

Introducción: Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) terminal dependen de tecnologías terapéuticas avanzadas para sobrevivir, un ejemplo es la Diálisis Peritoneal (DP). Estos pacientes presentan limitaciones en su día a día y viven numerosas pérdidas, incapacidades y cambios bio-psicosociales y económicos que interfieren en la calidad de vida. Los aspectos relacionados a calidad de vida de estos pacientes pueden ser influenciados pela IRC terminal, bien como por la DP, impactando en la calidad de vida relacionada a salud (CVRS) de los pacientes. Objetivos: Caracterizar los adultos y ancianos en DP atendidos en Ribeirão Preto-SP, de diciembre del 2009 a marzo del 2010; describir la CVRS de estos pacientes por medio de *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF™) y comparar a CVRS de los pacientes en Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continuada (DPAC) y en Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA). Material y Método: Estudio seccional y poblacional realizado en dos servicios que ofrecen el tratamiento de DP en Ribeirão Preto. Fueron incluidos en el estudio 82 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios: tener 18 años o más de edad; estar en tratamiento por DPAC o DPA por tres meses o más; tener un resultado satisfactorio en la evaluación cognitiva y no estar hospitalizado por complicaciones agudas o en tratamiento de peritonitis. Para la colecta de los datos que fue de diciembre del 2009 a marzo del 2010, fue utilizado un cuestionario para caracterización de los pacientes, el Mini-examen del Estado Mental y el KDQOL-SF™. Los datos fueron analizados por medio de un análisis exploratorio uni y bivariado, análisis confirmatorio bivariado y análisis multivariado por regresión lineal múltiple de las dimensiones de CVRS de interés. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo. Resultados: De los pacientes, 36 eran adultos y 46 ancianos, 44 realizaban DPAC y 38 DPA. Las dimensiones que obtuvieron mayor score reflejando mejor CVRS fueron: estímulo por parte del equipo de diálisis, soporte social y función cognitiva; y las dimensiones que obtuvieron menor score reflejando peor CVRS fueron: situación de trabajo, función física y sobrecarga de la enfermedad renal. Fue encontrado una pequeña variación de la CVRS entre los pacientes en DPAC y en DPA sin significancia estadística. Fue verificado mayor número de correlación de la CVRS con la edad, número de morbilidades y de complicaciones. En la regresión lineal múltiple, fue constatada la asociación de los factores que impactaron negativamente la CVRS: mayor edad con funcionamiento físico, tener diabetes con sobrecarga de la enfermedad renal, realizar DPA con sobrecarga de la enfermedad renal, mayor número de morbilidades y complicaciones con funcionamiento físico, con función física y con sobrecarga de la enfermedad renal. Conclusión: Las variables que tuvieron mayor impacto en la CVRS fueron edad, trabajo, morbilidades y las complicaciones. Los resultados de este estudio pueden favorecer la atención de las necesidades y peculiaridades de los pacientes en DP.

Palabras claves: Insuficiencia renal crónica, calidad de vida relacionada a salud, diálisis peritoneal, adulto, anciano.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Modelo conceitual que descreve as relações entre as variáveis do paciente na QVRS .....
- Figura 2 - Modelo esquemático das relações entre as variáveis dos pacientes nas dimensões da QVRS com maiores escores médios, segundo resultados do presente trabalho .....
- Figura 3 - Modelo esquemático das relações entre as variáveis dos pacientes nas dimensões da QVRS com menores escores médios, segundo resultados do presente trabalho .....

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das variáveis sociodemográficas dos 44 pacientes em DPAC e 38 pacientes em DPA. Ribeirão Preto, 2010 .....	43
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis socioeconômicas dos 36 adultos e 46 idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto, 2010 .....	45
Tabela 3 -	Distribuição das comorbidades autorreferidas dos 36 adultos e 46 idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto, 2010 .....	46
Tabela 4 -	Distribuição das complicações físicas autorreferidas relacionadas à DRC terminal e diálise peritoneal, referidas pelos 36 adultos e 46 idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto, 2010 .....	48
Tabela 5 -	Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado). Ribeirão Preto, 2010 .....	49
Tabela 6 -	Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes adultos e idosos em diálise peritoneal e teste-t de comparação entre os dois grupos. Ribeirão Preto-SP, 2010 .....	51
Tabela 7 -	Escore médio da dimensão funcionamento físico do KDQOL-SF™ por itens - para adultos e idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto-SP, 2010 .....	53
Tabela 8 -	Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ para os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado), segundo sexo e trabalho. Ribeirão Preto, 2010 ..	54
Tabela 9 -	Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes em DPAC (44) e em DPA (38) e teste-t de comparação entre os dois grupos. Ribeirão Preto-SP, 2010 .....	55
Tabela 10 -	Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ para os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado), segundo variáveis clínicas autorreferidas. Ribeirão Preto, 2010 .....	57
Tabela 11 -	Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ para os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado), segundo variáveis clínicas. Ribeirão Preto, 2010.....	59

Tabela 12 - Coeficientes de Correlação de Pearson entre as dimensões do KDQOL-SF™, variáveis demográficas e clínicas dos pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado). Ribeirão Preto, 2010 .....	60
Tabela 13 - Análise de regressão linear múltipla de cinco preditores para quatro dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde. Ribeirão Preto, 2010 .....	62

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 A doença renal crônica .....	17
1.1.1 Aspectos fisiopatológicos .....	17
1.1.2 Tipos de tratamentos .....	18
1.1.3. Diálise Peritoneal .....	20
1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde .....	26
1.2.1 Instrumentos de medidas .....	30
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
2.1 Objetivos .....	34
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>35</b>
3.1 Local da pesquisa .....	36
3.2 Os sujeitos da pesquisa .....	36
3.3 Os instrumentos utilizados .....	38
3.4 Coleta de dados e aspectos éticos .....	40
3.5 Análise dos dados .....	40
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica da população .....	43
4.2 Caracterização quanto aos dados da DRC terminal e diálise peritoneal .....	46
4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal, segundo o KDQOL-SF™ .....	49
4.3.1 Itens adicionais do instrumento KDQOL-SF™ .....	51
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>65</b>
5.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica da população .....	66
5.2 Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal, segundo o KDQOL-SF™ .....	72
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>94</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>109</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>116</b>

## 1 INTRODUÇÃO\*

---

---

\* Esta dissertação foi revisada seguindo a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.



A Doença Renal Crônica (DRC) está se tornando um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dos fatores causais que, no panorama atual, têm contribuído expressivamente para este fenômeno, pode-se citar o envelhecimento populacional, associado ao crescente número de hipertensos e de diabéticos não diagnosticados e sem tratamento adequado, que culmina no aumento do número de pacientes de DRC terminal, necessitando de Terapia Renal Substitutiva (TRS) (SÃO PAULO, 2007). Este contexto gera o gasto anual de 2,0 bilhões de reais (SÃO PAULO, 2009).

No Brasil, em 2008, estimava-se que existiam 87.044 pacientes em terapia renal substitutiva, conforme o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, sendo que 89,4% dos pacientes encontravam-se em hemodiálise e 10,62%, em diálise peritoneal (SESSO et al., 2008). Com relação aos dados de pacientes com DRC terminal no Brasil, ainda não há um sistema nacional de registros que forneça anualmente dados confiáveis do ponto de vista epidemiológico. Somado a isso, há o desconhecimento de dados sobre pacientes com DRC em estágios iniciais (SÃO PAULO, 2009).

Na tentativa de se obterem dados fidedignos, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), desde 1999, tem coletado anualmente as informações sobre pacientes em diálise, sendo as mesmas disponibilizadas no sítio eletrônico desta sociedade. Durante o último censo realizado, em 2008, 327 (47,8%) das unidades consultadas responderam ao levantamento de dados, sendo que 310 (45,3%) declararam oferecer programa crônico ambulatorial de diálise. Os resultados apontaram uma taxa de incidência da DRC de 141 pacientes por milhão (pmp) de habitantes e uma prevalência de 468/pmp. Estima-se que 26.177 pacientes iniciaram TRS em 2008. Em relação ao perfil dos pacientes, 36,3% tinham idade  $\geq 60$  anos e 25,7% eram diabéticos. A taxa anual de mortalidade bruta foi de 15,2% (SESSO et al., 2008).

O conjunto de dados apresentados, adicionado ao crescimento dos grupos de risco, resulta numa previsão de duplicação, nos próximos cinco anos, do número de pacientes que necessitarão de TRS, atingindo 125 mil casos em 2010 (SÃO PAULO, 2007).

Conhecer o perfil dos pacientes em TRS se faz necessário por possibilitar a identificação das intervenções a serem implementadas visando à melhoria da sobrevida, à redução dos riscos e ao controle de comorbidades, bem como à

melhora da qualidade de vida dos pacientes e conseqüentemente racionalização dos recursos econômicos voltados a essas terapias de alto custo (SESSO et al., 2008).

Com o aumento progressivo da incidência da DRC, a procura pela TRS também cresce. O tratamento dialítico, assim como a própria doença, também resulta em conseqüências acentuadas para o próprio paciente, família e amigos, em relação aos aspectos humanos, sociais e econômicos (SÃO PAULO, 2007). A expectativa de vida é reduzida, os riscos de doença cardiovascular e acidente vascular encefálico são aumentados, os pacientes, ao dependerem de uma tecnologia avançada para sobreviverem, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na qualidade de vida, tais como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal, dificuldades para dormir, restrições dietéticas e hídricas, dentre outros (MOLSTED et al., 2007; SHIDLER; PETERSON; KIMMEL, 1998; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001).

No Brasil, têm sido desenvolvidos estudos que avaliam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, mas assim como a distribuição dos pacientes nos tipos de TRS, as pesquisas também têm sido feitas em sua maioria com pacientes em hemodiálise, o que evidencia a necessidade de abordagem dos pacientes em diálise peritoneal (DP).

A DP promove benefícios para o paciente, tais como a possibilidade de um maior convívio familiar e social, independência e liberdade de deslocamento para passeios, manutenção nas atividades profissionais, escolares e do lar, preservação dos vasos sanguíneos, maior liberdade de dieta, maior flexibilidade de horários para realizar a diálise, realização do autocuidado, preservação da função renal residual por mais tempo, possibilitando maior estabilidade cardíaca, menor variação do peso e maior controle da pressão arterial e anemia (KUTNER et al., 2005; SMELTZER; BARE, 2008; WU et al., 2004).

Entretanto, esta modalidade de diálise apresenta algumas desvantagens a serem consideradas na indicação para pacientes com algum grau de dependência, em especial para os idosos que podem apresentar mobilidade prejudicada, prejuízos funcionais, alterações musculoesqueléticas, redução na habilidade motora, confusão, dentre outros (CASSIDY; SIMS, 2004; KUSUMOTA; MARQUES; OLIVEIRA, 2009). Também deve se considerar como a modalidade que causa maior

sobrecarga de alguns aspectos, nos casos em que se faz necessária a presença do cuidador, em decorrência, principalmente, do maior número e intensidade de atividades a serem desenvolvidas no tratamento contínuo destes pacientes (BELASCO et al., 2006).

Riella e Locatelli (2007) relatam que a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) teve início no Brasil em 1980, no entanto, de acordo com Fernandes et al. (2008), ainda são poucas as publicações sobre a epidemiologia e experiência clínica nesta modalidade de tratamento.

Este estudo justifica-se pela importância de se mensurar a QVRS em pacientes em DP, pois ao identificar os aspectos da vida afetados e as variáveis que podem influenciar tais condições, o enfermeiro e a equipe de saúde podem contribuir para a avaliação global do tratamento destes pacientes. A avaliação da QVRS pode subsidiar melhor comunicação entre os profissionais que assistem os pacientes, priorizar os problemas de maior impacto do ponto de vista dos próprios pacientes, assim como realizar o planejamento e implementação de ações específicas de enfermagem.

## **1.1 A doença renal crônica**

### **1.1.1 Aspectos fisiopatológicos**

Os rins são fundamentais na manutenção da homeostasia interna das funções endócrina, metabólica e no equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, já que são responsáveis por filtrar o sangue, remover o excesso de líquidos e de eletrólitos e produtos resultantes do metabolismo orgânico, além de produzir hormônios (RIELLA, 2003).

Na DRC ocorre uma injúria renal inicial que é seguida de perda lenta, progressiva e irreversível das funções dos rins. Em sua fase mais avançada, denominada fase terminal, os rins não conseguem manter as suas funções regulatórias, excretórias e endócrinas (RIELLA, 2003; SÃO PAULO, 2007).

Na atualidade, os principais fatores de risco envolvidos no

desenvolvimento da DRC são diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, idade, tabagismo, presença de DRC na família e doença cardiovascular (BREGMAN, 2007).

Com o declínio da função renal, ocorre o acúmulo dos produtos finais do metabolismo proteico no sangue, resultando em uremia que afeta todos os sistemas do organismo. A intensidade dos sinais e sintomas na DRC depende do grau do comprometimento renal, da idade do paciente e de outras condições subjacentes. Os sinais e sintomas mais intensos tendem a diminuir ou desaparecer com o início da TRS (SMELTZER ; BARE, 2008).

A manifestação dos sinais e sintomas da DRC é proporcional à massa renal perdida. A maior parte dos pacientes acometidos por esta patologia é assintomática até as fases avançadas da doença, e aqueles que apresentam sintomas, em geral, o fazem de forma inespecífica. A sintomatologia de acometimento de órgãos específicos varia de um paciente para outro. Dentre os sinais e os sintomas estão: renais (nictúria, poliúria), cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, arritmia), gastrintestinais (anorexia, náuseas/vômitos, hemorragia), neurológicos (fadiga, insônia, irritabilidade, câimbras, fraqueza muscular), metabólicos (infertilidade, amenorreia, impotência) e dermatológicos (palidez e equimoses) (BREGMAN, 2007).

Os dados de morbidade e mortalidade da população em DP, encontrados no estudo de Canusa, uma pesquisa multicêntrica e prospectiva que envolveu 680 pacientes incidentes em DP, deram subsídios a algumas recomendações propostas pelo K/DOQI. Segundo este, é recomendado o início da terapia dialítica quando a função residual medida em Kt/V renal (Krt/Vureia) for menor que 2,0 por semana, o equivalente a uma depuração renal de ureia de 7 mL/min e uma depuração renal de creatinina entre 9 e 14 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> (CANUSA PERITONEAL DIALYSIS STUDY GROUP, 1996).

### **1.1.2 Tipos de tratamentos**

A sintomatologia crescente da DRC e o comprometimento das condições de saúde com prejuízos nutricionais ou agravamento de complicações crônicas da

uremia com o tratamento conservador da DRC contribuem para o encaminhamento do paciente para a TRS (SMELTZER ; BARE, 2008).

O tratamento conservador consiste em estabelecer a terapia e monitorização nutricional, o controle da pressão arterial, a melhora da hemodinâmica glomerular, o controle de fatores agravantes, o tratamento e prevenção das complicações crônicas da uremia e a monitorização da função renal. São objetivos deste tipo de tratamento não só retardar a progressão da DRC como também preparar o paciente em estágios avançados da doença para TRS (THOMÉ et al.,2006).

Apesar de se tratar de uma doença para a qual ainda não foi encontrada a cura, o paciente com DRC terminal pode ser tratado por diferentes modalidades dialíticas. Atualmente, a mais utilizada é a Hemodiálise (HD) para a qual é necessária a utilização de um acesso vascular que pode ser temporário: como os cateteres de vaso profundo de duplo lúmen; ou permanentes: enxerto ou fístula arteriovenosa. Nesta terapêutica o sangue carregado de toxinas, excesso de água e resíduos nitrogenados é desviado do paciente para uma membrana semipermeável sintética, o dialisador, que funciona como um rim artificial, onde o excesso de água e as toxinas são removidos, e o sangue retorna ao paciente. Em geral, são necessárias três sessões de HD semanais, com duração de 3 a 4 horas (SILVA; SILVA, 2003).

Outra modalidade de tratamento é a Diálise Peritoneal (DP), nesta, o peritônio, membrana semipermeável e ricamente vascularizada que reveste o abdome é utilizado como um filtro natural. Para que o peritônio possa ser utilizado, um cateter, em geral de silicone, é inserido cirurgicamente cerca de 3 a 5 cm abaixo da cicatriz umbilical. Por meio deste cateter é introduzido de 1 a 3 litros de solução contendo dextrose na cavidade peritoneal e, por meio de difusão e de ultrafiltração, as toxinas se movem dos vasos sanguíneos do peritônio para a solução de diálise. Após o tempo de permanência desta solução na cavidade peritoneal, o líquido é drenado por gravidade, eliminando o excesso de água, toxinas e os produtos finais do metabolismo (FERMI, 2003; SMELTZER ; BARE, 2008).

Existem três tipos de DP: 1) Diálise Peritoneal Intermitente (DPI): realizada duas vezes por semana, com duração mínima de 24 horas, com tempo de permanência do líquido de diálise na cavidade peritoneal de 30 minutos, necessitando de ambiente hospitalar e equipe profissional preparada; 2) Diálise

Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): permite a realização do tratamento no domicílio pelo paciente e/ou responsável, sendo quatro ou cinco trocas diárias, com tempo de permanência de 4 a 6 horas e 3) Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Cicladora (CCPD) ou Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): realizada à noite durante o sono do paciente, ficando este conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade (SILVA; SILVA, 2003).

Além das modalidades dialíticas já mencionadas, o paciente pode ainda ser submetido ao transplante renal. Este tratamento envolve o transplante de um rim de um doador vivo ou falecido para um receptor com DRC terminal. A sobrevida do rim transplantado depende, em especial, da terapia imunossupressora que deve ser realizada durante todo o tempo que o paciente tiver o rim transplantado funcionando (SMELTZER; BARE, 2008).

Aqui colocada a DP, como um tipo importante de tratamento para a DRC, que se mostra eficaz e possui vantagens quando comparada à hemodiálise, mas que tem sido pouco investigada, justifica-se o interesse em desenvolver a pesquisa com os pacientes que fazem este tratamento.

### **1.1.3 Diálise Peritoneal**

Um levantamento recente, realizado no Brasil, originário de um estudo multicêntrico, observacional, realizado de 2004 a 2007, avaliou 3.226 pacientes em 114 centros de diálise brasileiros e incluiu 48% do total dos pacientes em DP, no país. Entre os pacientes, a média de idade foi de  $54 \pm 19$  anos, sendo que houve um grande número de idosos (37%), a maioria mulheres (55%) e tiveram como causas da doença renal: nefropatia diabética (34%), doença vascular renal relacionada à hipertensão (26%) e glomerulopatias (13%). As comorbidades mais apontadas foram a hipertensão (76%), a diabetes (36%), e as doenças cardíacas isquêmicas (23%). A taxa de mortalidade encontrada foi de 17,6%, causada em sua maioria por doenças cardiovasculares (40%) e infecções (15%). A modalidade que apareceu com maior frequência (53%) foi a diálise peritoneal automatizada (FERNANDES et al., 2008).

No Brasil a porcentagem de pacientes em DP é de 10,6% da população em TRS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2008), e a maior parte dos pacientes que inicia esta modalidade não a faz por opção, mas por contraindicações técnicas ou clínicas para realizar HD (FIGUEIREDO, 2004). No estudo realizado por Jager et al. (2004) na Inglaterra, foi comprovado que a maioria dos pacientes com DRC terminal não tinha contraindicações nem para HD nem para DP (64%) e ainda assim 52% destes pacientes optaram por HD. Esse estudo comprovou também que os pacientes que recebiam cuidados pré-diálise escolhiam duas vezes mais a DP.

É comum que o paciente e/ou o cuidador encontre certas dificuldades para realizar a DP que, embora não apresente grandes riscos para a vida do paciente como os outros tipos de tratamento, faz-se necessário conhecer as técnicas de manejo, a fim de evitar infecções (princípios de assepsia, higiene e limpeza) além da grande atenção na manipulação do cateter bem como suas complicações (ESPEJO; SEGURA; ENEYRA, 2008). Por tais motivos podem ficar inseguros e chegam a acreditar que se trata de uma responsabilidade muito grande preferindo, quando lhe é dada a opção, outro tipo de tratamento como é o caso da HD, na qual a responsabilidade pelo cuidado é transferida aos profissionais de saúde (HIGA et al., 2008).

O sucesso do tratamento da DP depende da motivação e autocuidado do paciente. Para que esta motivação seja despertada, acredita-se serem importantes os programas de educação pré-diálise que possibilitam ao paciente conhecer e avaliar as modalidades de tratamento existentes bem como as vantagens e desvantagens de cada uma delas e assim ter condições de escolher junto à equipe de saúde, caso não haja contraindicações ou evidências de melhores resultados de uma tecnologia sobre a outra, qual se adapta ao seu estilo de vida e ocupação com menores índices de implicações possíveis (FIGUEIREDO, 2004; KOREVAAR et al., 2007; LITTLE et al., 2001; MENDELSSOHN et al., 2001).

De acordo com os achados de Figueiredo (2004) e Szabo et al. (1997), aqueles que escolheram a DP espontaneamente tinham mais conhecimento sobre sua doença e tratamento, eram mais motivados para o autocuidado e demonstraram melhores escores de QV, quando comparados aos que não tiveram a mesma chance.

Mediante a escolha do tratamento, ao iniciar a DP, o paciente passa por um processo de ensino-aprendizagem para a realização do autocuidado, uma vez

que para desempenhá-lo precisa aprender exatamente como desenvolver a diálise, ao contrário do paciente que recebe o cuidado no ambiente hospitalar que precisa somente entender os conceitos sem saber como realizar o procedimento (FIGUEIREDO; KROTH; LOPES, 2005).

A fim de auxiliar estes pacientes no processo de adaptação que é exigido para que se possa conviver com uma doença crônica, o trabalho do enfermeiro de DP consiste em fomentar, motivar e apoiar os pacientes para que possam realizar seu próprio tratamento (FIGUEIREDO, 2006). Assim, a educação parece ser a via para ajudar na adaptação e na aceitação da diálise por meio da participação ativa no tratamento (PICOLI et al., 2000).

De acordo com Figueiredo (2006), para implementar o processo de ensino-aprendizagem ao paciente com DRC, devem-se ter metas claras a serem atingidas em cada sessão e estas devem ser de curta duração. É importante que a enfermeira ofereça reforços positivos, minimize o uso da negação, estimule a participação ativa do paciente, buscando sempre ir do concreto para o abstrato, do simples para o complexo. A metodologia não deve ser padronizada, uma vez que é importante conhecer e levar em consideração as características individuais; o nível de instrução dado também é baseado no grau de envolvimento de cada paciente, focalizando a individualização da educação.

No processo de ensino-aprendizagem destes pacientes, devem ser abordadas noções básicas de anatomia e fisiologia renal, identificação dos sinais e sintomas, cuidados com o peso, pressão arterial, dieta, realização de balanço hídrico, diferença de concentração de dextrose das bolsas e quando usá-las, procedimentos técnicos, cuidados gerais com relação ao cateter, higiene, medicações, comprometimento e aspectos psicossociais, bem como controle de estoque (FIGUEIREDO, 2006).

De acordo com Silva e Silva (2003), o enfermeiro que trabalha com esta modalidade de TRS deve ser qualificado para se fazer constantemente presente no processo do tratamento, para avaliação periódica da evolução dos pacientes e, quando necessário, reciclar o ensino de acordo com a clientela. Assim, a enfermagem desempenha a assistência preventiva com maiores retornos e satisfação quanto ao tratamento, isto se completa com as visitas domiciliares, prevenindo as complicações e não somente quando for necessário ou indicado.

Para que sejam reduzidos os riscos de complicações aos pacientes que



realizam esse tipo de tratamento, faz-se necessária a constante educação em saúde, principalmente para evitar as infecções que correspondem à taxa de mortalidade de 15%, como mostra o estudo realizado recentemente no Brasil por Fernandes et al. (2008) com pacientes em DP.

A peritonite bacteriana corresponde à principal complicação da DP. O *Staphylococcus aureus* e o *S. epidermidis* permanecem como os organismos Gram-positivos mais comuns e responsáveis por esta infecção. A *Pseudomonas aeruginosa*, a *Escherichia coli* e espécies de *Klebsiella* são as causas mais comuns de peritonite por Gram-negativos. O diagnóstico é feito com base em achados clínicos como a turvação do líquido peritoneal e a dor abdominal associados à confirmação laboratorial por amostra de líquido peritoneal para contagem de leucócitos, Gram e cultura. A contagem de leucócitos deverá mostrar mais que 100 leucócitos/mL, com predomínio de leucócitos polimorfonucleares (PIRAINO; BENDER, 2008).

A utilização do peritônio para a diálise e a presença de um cateter no abdome podem gerar também complicações mecânicas pelo aumento da pressão intra-abdominal, tais como: hérnias, vazamento de líquido ao redor do cateter e edema genital. E, ainda, complicações metabólicas, como: hiperglicemia, sendo frequentemente necessário o ajuste das doses de insulina; perda proteica que pode atingir até 10 g/dia; e hipo ou hipernatremia, a depender da taxa de ultrafiltração e da ingestão hídrica (FIGUEIREDO, 2006).

Além da constante educação em saúde como estratégia para que sejam reduzidos os riscos de complicações aos pacientes em DP, faz-se necessário que o enfermeiro incorpore no seu processo de trabalho o planejamento, implementação e avaliação do cuidado, com destaque para as exigências feitas para o autocuidado do paciente, ou seja, as habilidades necessárias para lidar com as demandas e os motivos para a insuficiência do autocuidado (falta de conhecimento, de habilidade ou de motivação), a capacidade de realizar o autocuidado com segurança e o seu potencial para atingi-lo. Essa avaliação deve ser contínua e incrementada à medida que a relação enfermeira/ paciente melhora, devendo, sempre que possível, envolver a família (FIGUEIREDO; KROTH; LOPES, 2005).

Outra forma que contribui para que sejam evitadas as complicações nesta TRS, considerando que a condição do paciente muda ao longo do tempo, é a avaliação contínua da adequação da prescrição e da tecnologia de DP utilizadas,

fatores estes que, embora estejam mais ligados à prescrição médica, devem ser fonte de preocupação também do enfermeiro por estarem diretamente ligados à qualidade de diálise realizada e conseqüentemente à saúde e ao bem-estar do paciente (FIGUEIREDO, 2004).

A prescrição da diálise é feita com base na avaliação do paciente, levando em consideração a sua superfície corporal, o volume de diurese, a função renal residual e as características de transporte da membrana peritoneal, determinado pelo Teste de Equilíbrio Peritoneal (PET) (FIGUEIREDO, 2006).

O PET é uma técnica que permite conhecer as características do peritônio quanto a sua capacidade de ultrafiltração e transporte de soluto. Este teste é aplicado para classificar o transporte peritoneal, estabelecer as doses e o tipo de DP mais adequados, monitorar a função peritoneal além de diagnosticar problemas relacionados à membrana (GARCIA, 2006). O *National Kidney Foundation* recomenda que o PET seja feito no primeiro mês de diálise para a individualização do tratamento e sempre que houver suspeitas de alteração da membrana peritoneal (PERITONEAL DIALYSIS ADEQUACY WORK GROUP, 2006).

Conjuntamente com o PET realizam-se os cálculos da cinética da ureia (KT/V) ou *clearance* de creatinina semanal que permitem avaliar a qualidade e a quantidade de diálise à qual o paciente está sendo submetido, permitindo otimizar o tratamento individualmente e utilizando ao máximo a capacidade do peritônio (ILHA; PROENÇA, 1999). O KT/V consta da depuração de ureia do dialisador (K), multiplicado pelo tempo de tratamento (T) e dividido pelo volume de distribuição de ureia (V) (GÓES JUNIOR et al., 2006).

Segundo Pecoits-Filho (2003), apesar da ênfase dada no decorrer dos últimos anos aos índices baseados em *clearances* de solutos, quando avaliamos a adequação dialítica, é preciso avaliá-la de forma holística, tendo como objetivos, além do alcance de bons índices laboratoriais, os bons parâmetros nutricionais, a normalização do estado volêmico, a correção de distúrbios metabólicos e hematológicos, sempre visando ao bem-estar do paciente.

A prescrição da diálise é definida utilizando os resultados do PET e do KT/V, a modalidade peritoneal a ser utilizada, a solução de diálise, o volume de infusão, o tempo de permanência, o número de trocas diárias e, se necessário, os medicamentos a serem administrados intraperitonealmente (GÓES JUNIOR et al., 2006).

A classificação da função da membrana peritoneal dada pelo PET orienta a escolha das diferentes modalidades de DP: DPAC e DPA. Fortes, Silvestre e Pecoits Filho (2008) apontam que a DPAC é um método tecnicamente mais simples que garante maior liberdade ao paciente, durante a noite, apresenta menor absorção de glicose e maior remoção de soluto de peso molecular alto, além de ter custo mais baixo e possibilidade de ser realizada longe de centros de manutenção. Pode ter ainda diretrizes de tratamento mais bem definidas em função do maior número de estudos e experiência clínica referente a este tipo de DP.

Em relação à DPA, os mesmos autores referem que proporciona redução da carga de trabalho do paciente e do cuidador, melhor reabilitação social e profissional, maior flexibilidade de prescrição tanto no volume infundido quanto no número de trocas, menor incidência de hérnias além de melhor adesão ao tratamento. Em função do número menor de trocas manuais, tem se discutido uma provável vantagem em relação à incidência de peritonites em pacientes em DPA, quando comparados àqueles em DPAC.

Embora se tenha investido em modernas tecnologias para o tratamento de pacientes com DRC terminal, estas ainda não são capazes de substituir de forma idêntica a função fisiológica dos rins e, por assim ser, com o passar dos anos, o paciente além de tornar-se mais debilitado em função da progressão da doença, acaba por ficar também mais frustrado com o tempo gasto lidando com a mesma e pela forma como interfere em sua vida (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002).

O impacto que a cronicidade da doença e a dependência do tratamento trazem na QV do paciente e de seus familiares tem sido alvo de muito interesse, uma vez que apenas os parâmetros utilizados para avaliar a eficácia da terapia, como exames laboratoriais, adequação em diálise, índices de morbimortalidade, não têm sido mais vistos como suficientes na avaliação da interferência da doença nos domínios de vida daqueles que convivem com a DRC terminal (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002; KOREVAAR et al., 2007).

## 1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde

Embora os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise tenham contribuído com o aumento quantitativo na sobrevivência dos pacientes que dela dependem, tais avanços ainda não proporcionam o retorno integral à vida, quando se trata dos aspectos qualitativos (MADEIRA; LOPES; SANTOS, 2003; UNRUH et al., 2003).

A mudança no perfil de morbimortalidade, com um aumento na prevalência das doenças crônicas e de suas sequelas, tem levado a questionamentos sobre os objetivos da atenção à saúde que têm mudado seu foco de busca pela “cura” para “melhoria da vida” do paciente (CAMPOLINA ; CICONELLI, 2006).

Segundo Carmichael et al. (2000), a redução na mortalidade é apenas um dos aspectos a serem considerados como consequência da terapia dialítica, sendo a qualidade de vida (QV) um importante marcador para avaliação de aspectos relevantes da vida dos pacientes.

Torna-se difícil de obter uma única definição para o termo QV, sendo esta encontrada de diversas formas na literatura. Tal variação se deve ao fato de cada pessoa, cultura, tempo e área de aplicação possa incorporar significados próprios a sua QV (PASCHOAL, 2002).

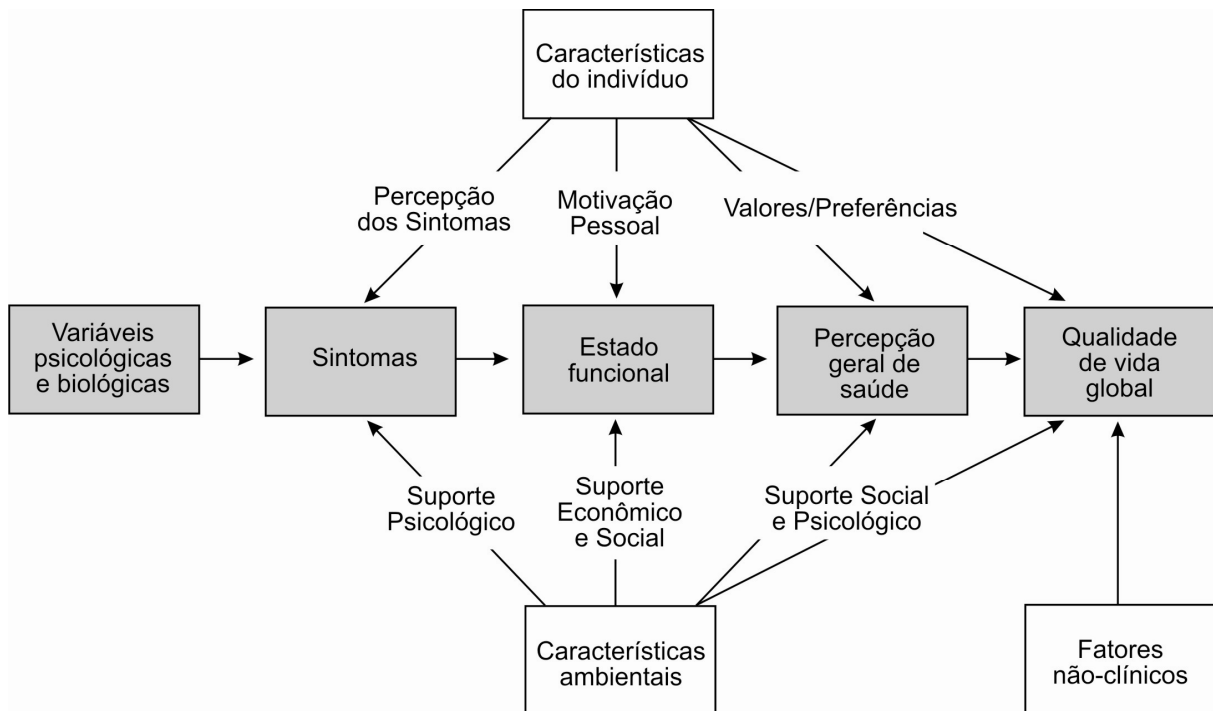
Nos últimos anos, tem se incorporado a QV, na área da saúde, como critério de avaliação da efetividade dos tratamentos e intervenções na mesma, principalmente quando se trata de doenças crônicas, pela complexidade dos problemas inerentes à vivência da cronicidade da doença e o seu impacto no cotidiano das pessoas (CICONELLI, 1997; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; SUZUKI, 2002). Diniz e Schor (2002) referem que os estudos sobre a QV e pacientes com doenças renais, em sua maioria, têm tido como público-alvo os pacientes com DRC terminal, que, a partir do diagnóstico, defrontam-se inevitavelmente com múltiplos problemas que podem se intensificar pela doença nos vértices biopsicossociais.

A partir da década de 1960, o construto QV começou a ser influenciado pela definição de saúde da Organização Mundial da Saúde que não se restringe à ausência de doença, mas engloba o completo bem-estar físico, mental e social, e

passou a ser observado como algo percebido de modo individual, sendo assim subjetivo (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006; FAYERS; MACHIN, 2007). É fato que tal definição é muito ampla e simplista, pois mantém implícitos aspectos importantes, mas que não têm relevância clínica direta com a saúde das pessoas, tais como oportunidades de educação, liberdade social e ascensão econômica (THONG; KAPTEIN, 2008). A QV pode ter ainda diferentes significados de acordo com a área de aplicação.

Na área da saúde, a avaliação da QV está baseada na percepção individual e no impacto de uma série de aspectos clínicos e não clínicos relevantes que possam influenciar a saúde dos pacientes, como a avaliação da saúde geral, saúde física, estado mental/emocional, função social, sexual e aspectos de doenças, além de consequências indiretas como o desemprego e dificuldades financeiras, sendo nomeada como Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007).

Wilson e Cleary (1995) propuseram um modelo conceitual de QVRS como um *continuum*, que aumenta sua complexidade biológica, psicológica e social. De um lado deste *continuum* estão as medidas biológicas e do outro, aspectos mais complexos e integrados como funcionamento físico e percepção da saúde geral. Estas relações propostas em tal modelo são apresentadas esquematicamente na Figura 1. As setas na figura não implicam em ausência de relação de reciprocidade, assim como a ausência de setas entre alguns aspectos não adjacentes não significa que não tenham relação entre si. As relações entre estes fatores são mediadas por fatores individuais e ambientais.



Fonte: Wilson e Cleary (1995, p. 60).

Figura 1 – Modelo conceitual que descreve as relações entre as variáveis do paciente na QVRS

Para Ciconelli (2003), a avaliação da QVRS é uma importante ferramenta capaz de verificar o impacto da doença, saúde e tratamento. O que permite inúmeras condições de avaliação em que os indivíduos com a mesma doença possam apresentar diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional.

Para Law (2002), alcançar um estado de bem-estar físico e mental é possível, e este pode ser obtido por meio da recuperação da autonomia, das atividades de trabalho e lazer, da preservação da esperança e do senso de utilidade destes indivíduos.

A medida da QVRS é importante para avaliar o impacto da doença e do tratamento nas condições de vida dos pacientes. E de acordo com Ferrans & Powers (1993) e Garratt et al. (2002), esta avaliação é também de grande importância para a identificação das necessidades que direcionam as alocações de recursos. A identificação das dimensões da QVRS que são potencialmente afetadas pela doença renal e/ou tratamento pode direcionar ações específicas, individuais e coletivas na assistência à saúde dos pacientes (CASTRO et al., 2003; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001).

Kusumota, Rodrigues e Marques (2004) em um estudo com idosos, referiram que a DRC terminal e o tratamento por DPAC, associados às mudanças do processo do envelhecimento, produzem um impacto psicossocial individual, familiar e na sociedade. Estes pacientes apresentam restrições fisiológicas, psicológicas e sociais no cotidiano que resultaram em alterações no estado de saúde e mudanças na condição de vida.

Alguns estudos têm indicado que a diálise peritoneal em geral garante uma maior satisfação com o tratamento e menor impacto deste em suas vidas do que aqueles em hemodiálise (JUERGENSEN et al., 2006; RUBIN et al., 2004).

O estudo realizado por Bakewell, Higgins & Edmunds (2002) evidenciou o benefício proporcionado pelos suportes emocional e social aos pacientes em DP, no entanto, comprovou que à medida que o tempo passa, estes têm diminuída a satisfação com o tratamento, sentem uma maior sobrecarga imposta pela doença renal, maior frustração pelo tempo gasto em função da doença e com a maneira como esta interfere em suas vidas.

São relatados como principais fatores na melhora da QVRS dos pacientes com DRC terminal a realização de transplante renal, o uso de Eritropoetina, o melhor estado nutricional, o diagnóstico precoce de DRC, o menor número de comorbidades, o melhor nível socioeconômico, o maior suporte familiar, social e psicológico entre outros (FIGUEIREDO; KROTH; LOPES, 2005).

A avaliação da QVRS é importante em pacientes com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem aos tratamentos prolongados e dolorosos e apresenta maior vulnerabilidade às comorbidades, como é o caso dos pacientes em tratamento dialítico. Na vivência com pacientes renais crônicos, pode-se perceber que o estado de saúde e a própria condição de vida da pessoa se alteram, portanto se torna imperativa a avaliação dos aspectos que compõem a QVRS dos pacientes com DRC terminal em tratamento por DP.

Os estudos com pacientes em DP têm sido desenvolvidos na realidade nacional, com abordagens de aspectos tais como: sobrevida, taxas de incidência e prevalência, índices de morbidade, fatores demográficos e clínicos, bem como características das intervenções terapêuticas dos pacientes, e são muito relevantes, contudo a abordagem de aspectos da vida destes pacientes, a partir de opiniões pessoais sobre as dimensões da vida, tais como a saúde física, a psicológica, a

socioeconômica e a familiar também é de extrema importância. Neste contexto, a mensuração da QVRS pode responder a estas necessidades.

### 1.2.1 Instrumentos de medidas

Para a mensuração da QVRS, podem ser empregados instrumentos que têm por finalidade transformar dados subjetivos em medidas objetivas que possam ser quantificadas e analisadas de forma global ou específica (CICONELLI, 2003).

Na literatura, são encontrados inúmeros instrumentos para a avaliação da QVRS, entretanto não existem instrumentos capazes de avaliar todas as situações de doença ou de saúde, uma vez que esta por ser multidimensional é composta de várias dimensões que dificilmente poderão ser avaliadas simultaneamente em um só instrumento. Por assim ser, a escolha do instrumento deve estar associada ao objetivo do estudo, sua disponibilidade no idioma e no contexto cultural no qual possa ser empregado. A maioria destes é composta pelo menos por alguns itens que avaliam as funções física, emocional e social (FAYERS; MACHIN, 2007; GUILLEMIN, 1995; MATHIAS; FIFER; PATRICK, 1994).

Para medir a QVRS em pacientes com DRC terminal, tem sido utilizada uma variedade de instrumentos. Dos instrumentos genéricos, podem ser citados: Spitzer QL- index, *Nottingham Heath Profile*, *Campbell Index of Weell-Being*, *Cantril's Self –Anchoring Scale*, *Life Satisfaction Scale*, *Short Form 36-item Heath Survey*, *Karnofky Index*, *Sickness Impact Profile*, WHOQOL e outros. Dentre os instrumentos específicos estão: o *Kidney Disease Questionare* e *The CHOICE Hetah Experience Questionnare*. E entre os instrumentos modulares (genéricos/ específicos) estão: *Dialysis and Quality of Life* e o *Kidney Disease and Quality of Life* (CAGNEY et al.,2000; VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001; WU et al., 2001;).

Segundo Campolina e Ciconelli (2006), a percepção individual do estado de saúde tem sido avaliada em grandes domínios ou dimensões da vida. Estes domínios, conjuntos de questões agrupadas nos instrumentos de avaliação, traduzem a percepção do indivíduo sobre uma determinada área do seu comportamento ou da condição humana.



O *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (KDQOL-SF™) traz como medida genérica o MOS 36 Item *Short-Form Health Survey* (SF36) que avalia a saúde geral do indivíduo e consiste em oito domínios sobre saúde física e mental: capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas de saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens) e percepção da saúde geral (5 itens). Em complemento ao SF36, tem-se uma escala multi-itens que aborda os indivíduos com DRC terminal em diálise, este inclui 43 itens direcionados à doença renal: sintomas/problemas físicos (12 itens), efeitos da doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), situação de trabalho (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Inclui ainda dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio da equipe profissional de diálise e um item sobre satisfação do paciente (HAYS et al., 1994; DUARTE, 2003).

O KDQOL-SF™ foi desenvolvido pelo *Kidney Disease Quality Of Life* (KDQOL) *Working Group/ RAND Corporation* e foi traduzido, validado e adaptado para a cultura brasileira por Duarte (2003), sendo que a confiabilidade foi avaliada pela reprodutibilidade intra e interobservador e foi estatisticamente significativa para os 19 componentes do KDQOL-SF™. Portanto, o instrumento provou ser válido e reprodutível para avaliação da QVRS de pacientes brasileiros com DRC terminal em diálise (DUARTE, 2003; DUARTE et al., 2003; DUARTE; CICONELLI; SESSO, 2005). Com base na relevância dessas informações, este instrumento foi escolhido para realização deste estudo.

A literatura traz estudos que avaliam a QVRS de pacientes com DRC terminal utilizando como instrumento o KDQOL-SF™ (FUKUHARA et al., 2003; KONTODIMOPOULOS; NIAKAS, 2005; LESSAN-PEZESHKI; ROSTAMI, 2009; PERNEGER et al., 2003; SEICA et al., 2009). O KDQOL-SF™ tem se mostrado válido e reprodutível para mensurar a QVRS de pacientes com DRC terminal tanto em hemodiálise quanto em diálise peritoneal, como mostram os estudos de Carmichael et al., (2000), Harris et al. (2002), Kutner et al. (2005), Manns et al. (2003), Molsted et al. (2007), Shrestha et al. (2008) e Anes e Ferreira (2009) que compararam a QVRS entre as duas modalidades dialíticas. Já os estudos de Bakewell, Higgins e Edmunds (2002) e Wong, Chow e Chan (2010) avaliam a QVRS em DP.

Os domínios de QVRS mais afetados nos pacientes em DP nesses estudos variaram. Os resultados encontrados por Carmichael et al. (2000) apontam menores sintomas relacionados à diálise, menores efeitos da doença renal em sua vida diária, melhor função cognitiva, sono e satisfação com o tratamento nos pacientes em DP. Já os em HD apresentaram menos sobrecarga pela doença renal em suas vidas, melhor interação social e suporte social. O estudo de Harris et al. (2002) que compara a QVRS de idosos em HD e DP em três momentos mostrou que a QVRS é semelhante entre eles, o componente de saúde física apresentou-se mais afetado que o de saúde emocional entre estes pacientes, e o domínio dos sintomas e problemas relacionados à doença apareceu menos afetado nos pacientes em DP. Kutner e colaboradores (2005) constataram escores mais baixos nos domínios de limitação física, estado geral de saúde, vitalidade, sobrecarga imposta pela doença, sono e função sexual. O componente de saúde física, sobrecarga imposta pela doença, situação de trabalho e estado geral de saúde apareceram com menores escores no estudo de Molsted e colaboradores (2007).

Os estudos nacionais realizados utilizando como instrumento o KDQOL-SF<sup>TM</sup> na avaliação de QVRS têm avaliado os pacientes em HD (KUSUMOTA et al., 2008; LOPES et al., 2007; SCHARDONG; LUKRAFKA; GARCIA, 2008). Evidenciando-se, assim, a escassez de estudos de avaliação da QVRS de pacientes em DP no país.



## 2.1 Objetivos

- Caracterizar, quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos, os adultos e idosos em DP atendidos no município de Ribeirão Preto, de dezembro de 2009 a março de 2010;
- Descrever a QVRS destes pacientes por meio do KDQOL-SF™;
- Comparar a QVRS dos pacientes em DPAC e em DPA.



Trata-se de um estudo tipo transversal, populacional e descritivo que caracterizou os pacientes com DRC terminal em tratamento por DP, nos serviços de diálise de Ribeirão Preto-SP e avaliou a QVRS dessas pessoas, identificando os possíveis fatores que influenciaram na sua determinação.

### **3.1 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada nos dois Serviços de Diálise que oferecem esta modalidade de tratamento na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo:

- Unidade de Diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo que atendia 44 pacientes em DP.
- Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto (SENERP) que atendia 70 pacientes em DP.

### **3.2 Os sujeitos da pesquisa**

Foram solicitadas às chefias dos serviços, as listas dos pacientes com os dados: nomes, datas de nascimento, datas de início em DP e datas de retornos agendados para uma pré identificação dos pacientes a serem convidados a participarem da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram determinados pelos seguintes critérios de inclusão:

- Ter 18 anos ou mais de idade.
- Apresentar-se em tratamento por DPAC ou DPA por três meses ou mais. Esse critério foi estabelecido com base no estudo de Anes e Ferreira (2009) os quais referem que a partir dos três meses de tratamento os pacientes se adaptam psicologicamente à doença, estabilizando assim os índices de QV.

- Apresentar o resultado da avaliação cognitiva do Miniexame do Estado Mental (MEEM), no mínimo 20 pontos para analfabetos; 25 para 1 a 4 anos de estudo; 26,5 de 5 a 8 anos de estudo; 28 de 9 a 11 anos de estudo e 29 para os com escolaridade superior a 11 anos (BRUCKI et al., 2003), a fim de detectar possíveis perdas cognitivas que dificultariam a compreensão do instrumento de QVRS.
- Não se encontrar hospitalizado por complicações agudas ou em tratamento para peritonite.

Nesse estudo, foram considerados idosos pessoas com idade de 60 anos ou mais que vivem em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (BRASIL,1994; OMS, 1974).

Os que não apresentaram requisitos propostos nos critérios de inclusão e os que por alguma razão deixaram de realizar esse tipo de tratamento ou apresentaram algum impedimento foram excluídos da pesquisa: 2 pacientes com menos de 18 anos de idade; 4 pacientes com tempo em tratamento por DP menor que três meses; 15 pacientes que apresentaram avaliação cognitiva insatisfatória (pontuação no teste MEEM menor que notas de corte para os correspondentes graus de escolaridade, conforme já citado); 1 paciente que recebeu transplante renal; 1 paciente que foi transferido para tratamento por HD; 1 paciente que foi transferido para serviço de diálise de outro município; 4 pacientes que faleceram e 4 pacientes que apresentaram complicações clínicas de saúde com e sem necessidade de hospitalização, sendo que as respostas para avaliação da QVRS desses pacientes poderiam refletir influências psicológicas negativas das vivências situacionais. Portanto, houve a exclusão de 32 (28,1%), totalizando 82 pacientes participantes deste estudo.

### 3.3 Os instrumentos utilizados

#### *Instrumento de Avaliação Cognitiva*

Foi incluído no estudo um instrumento que pudesse avaliar a função cognitiva destes pacientes, a fim de minimizar os possíveis vieses ocasionados pela não compreensão do instrumento de QVRS. O instrumento utilizado para avaliação cognitiva foi o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Anexo A). Este se tornou um importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo, além de se tratar também de um instrumento clínico que pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. Foi originalmente elaborado por Folstein et al. (1975), nos Estados Unidos, traduzido e validado para o Brasil por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al., em 2003. É composto por questões que avaliam funções cognitivas específicas de orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e construção visual (1 ponto). Os escores variam de um valor mínimo de 0 (zero) até um total máximo de 30 pontos. A interpretação dos dados será baseada na recomendação de Brucki et al. (2003), de acordo com os níveis de corte mencionados anteriormente.

#### *Instrumento para caracterização sociodemográfica, econômica, quanto à DRC terminal e DP*

Para caracterização dos pacientes do ponto de vista socioeconômico, demográfico, quanto à DRC terminal e DP, foi aplicado um instrumento (Apêndice A) adaptado de Kusumota (2005) e submetido à avaliação e validação de conteúdo para responder os objetivos do atual estudo, por três profissionais da área da saúde, especialistas em nefrologia:

- Identificação, dados socioeconômicos e demográficos: idade, sexo, cor



da pele, residência, escolaridade, estado civil, renda, ocupação e com quem vive.

- Dados relacionados à DRC e DP – acompanhamento clínico antes de iniciar a DP, realização prévia de hemodiálise, tempo de realização da DP, escolha pelo tratamento por DP, complicações físicas associadas à DRC e DP, causa etiológica da DRC, comorbidades, diurese residual, uso de medicamentos, apoio informal e formal, uso de Eritropoetina e realização de transplante renal.

### *Instrumento de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde*

Para a avaliação da QVRS, foi utilizado o Instrumento KDQOL-SF™ (Anexo B). Optou-se pelo uso desse instrumento por conter dimensões importantes da QVRS e por acreditar que, dentre os instrumentos disponíveis, é o que aborda o número maior de aspectos da vida do paciente, incluindo aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal e diálise.

O KDQOL-SF™ é um instrumento que possui uma previsão de aproximadamente 16 minutos para ser respondido (HAYS et al., 1997). Apresenta escore final variando de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior QVRS e 100 à melhor QVRS. As dimensões são analisadas separadamente, não existindo um valor único resultante da avaliação global da QVRS, mas sim médias de valores para as dimensões, o que identifica os verdadeiros problemas relacionados à saúde dos pacientes. A consistência interna da confiabilidade estimada pelo KDQOL-SF™ excedeu 0,80 (variação de 0,61 a 0,90), e as correlações destas escalas abreviadas com suas escalas correspondentes do KDQOL-SF™ variaram de 0,91 a 100 (DUARTE et al., 2003; HAYS et al., 1997). A confiabilidade foi avaliada pela reprodutibilidade intra e interobservador e foi estatisticamente significativa para os 19 componentes do KDQOL-SF™ (DUARTE et al., 2003).

Foi estabelecido contato com os membros do KDQOL Working Group por meio de mensagem eletrônica, para solicitar permissão para utilização do instrumento original, a qual foi concedida (Apêndice B). Também foi concedido o consentimento para uso do instrumento traduzido, validado e adaptado para a

cultura brasileira após contato com os autores Priscila Silveira Duarte e Ricardo de Castro Cintra Sesso (Apêndice C).

### **3.4 Coleta de dados e aspectos éticos**

Foi obtida permissão para a realização da pesquisa, quando solicitada aos chefes dos serviços em questão que foi apresentada junto com o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo referido comitê em 14/09/2009, de acordo com processo HCRP nº 7272/2009 (Anexo C). Após mudança do título da dissertação, foi realizado um adendo ao processo no Comitê de Ética, o qual aprovou a alteração do título e a continuidade da pesquisa (Anexo D)

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora nos Serviços de Diálise do estudo. A mesma estabeleceu contato com os entrevistados, apresentou o trabalho e os interesses do estudo, respeitando a Resolução 196/96 – MS que trata de normas para pesquisa com seres humanos. A seguir foi solicitado para que os pacientes assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação neste estudo (Apêndice D).

Foi feita uma única entrevista com cada paciente, utilizando os instrumentos de coleta de dados descritos, nos serviços de diálise em questão, nos dias agendados para os retornos ambulatoriais dos pacientes. As entrevistas tiveram duração aproximada de 30 minutos. A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2009 a março de 2010.

### **3.5 Análise dos dados**

Para a realização da análise, foi elaborada uma planilha de dados no programa Excel for Windows com realização de dupla digitação, validação e conferência dos mesmos.

Os dados do instrumento de QVRS foram transportados para um programa de análise produzido e disponibilizado para uso pelo KDQOL-SF™ *Working Group* ([www.gim.med.ucla.edu/kdqol/](http://www.gim.med.ucla.edu/kdqol/)), para tanto a pesquisadora se cadastrou junto ao endereço eletrônico do grupo para acesso livre ao material disponibilizado.

O referido programa consta de planilhas do *Excel for Windows*, que ao inserir os dados na planilha de entrada, automaticamente o programa recodifica os dados dos itens com escores invertidos e calcula os escores por itens e por domínios de todo o instrumento, resultando nos dados pré-analisados.

Esse programa tem seu manual de uso, aplicação e contagem de escores disponibilizados no endereço eletrônico, o que possibilitou a utilização do instrumento e programa de análise (HAYS et al., 1997).

Os escores médios calculados e os demais dados dos outros dois instrumentos utilizados neste estudo foram importados ao programa estatístico *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS, 1999) versão 11.5, para realização das análises:

- De frequência univariada, tabelas de contingência, medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão);
- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson entre as dimensões do KDQOL-SF™ e as variáveis contínuas; e interpretação das análises de correlação segundo Polit (1996):  
 $0 \leq |rs| < 0,3$  = correlação fraca;  
 $0,3 \leq |rs| < 0,7$  = correlação moderada;  
 $0,7 \leq |rs| \leq 1$  = correlação forte.
- Comparação das médias de QV entre as categorias das variáveis qualitativas sociodemográficas e clínicas;
- Análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho quatro dimensões de QVRS consideradas importantes neste estudo (funcionamento físico, função física, sobrecarga da doença renal e situação de trabalho) e como preditores, variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, selecionadas em função da importância conceitual ou estatisticamente significativa para  $p < 0,1$ .



A seguir, serão apresentados os resultados obtidos, iniciando pela caracterização sociodemográfica, a econômica e a clínica dos adultos e idosos em diálise peritoneal, seguidas da apresentação da QVRS desta população atendida no município de Ribeirão Preto, segundo o KDQOL-SF.

#### 4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica da população

Participaram do estudo 82 pacientes, cujas características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1, conforme a distribuição nos tipos de DP.

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas dos 44 pacientes em DPAC e 38 pacientes em DPA. Ribeirão Preto, 2010

	DPAC		DPA		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
18-29	-	-	2	100,0	2	2,4
30-39	2	66,7	1	33,3	3	3,7
40-49	6	54,5	5	45,5	11	13,4
50-59	9	45,0	11	55,0	20	24,4
60-69	16	66,7	8	33,3	24	29,3
70-79	9	69,2	4	30,8	13	15,9
80 ou +	2	22,2	7	77,8	9	11,0
<b>Cor da pele</b>						
Branca	26	46,4	30	53,6	56	68,3
Parda	9	69,2	4	30,8	13	15,9
Amarela	3	60,0	2	40,0	5	6,1
Negra	6	75,0	2	25,0	8	9,8

continua

	DPAC		DPA		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>						
Analfabeto	4	66,7	2	33,3	6	7,3
Sabe ler /escrever	2	100,0	-	-	2	2,4
1 a 4 anos de estudo	18	66,7	9	33,3	27	32,9
5 a 8 anos de estudo	8	57,1	6	42,9	14	17,1
9 a 11 anos de estudo	11	50,0	11	50,0	22	26,8
12 ou mais anos de estudo	1	9,1	10	90,9	11	13,4
<b>Estado conjugal</b>						
Nunca se casou	2	40,0	3	60,0	5	6,1
Mora com companh.	31	52,5	28	47,5	59	72,0
Sep. desq. ou divorc.	5	62,5	3	37,5	8	9,8
Viúvo	6	60,0	4	40,0	10	12,2
<b>Com quem vive</b>						
Sozinho	2	66,7	1	33,3	3	3,7
Esposo	12	44,4	15	55,6	27	32,9
Família	28	56,0	22	44,0	50	61,0
Outra pessoa	2	100,0	-	-	2	2,4
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>53,7</b>	<b>38</b>	<b>46,3</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

conclusão

Destaca-se que 50 (61,0%) pacientes eram do sexo feminino, e a idade variou de 21 a 85 anos, sendo que a faixa etária que apresentou maior distribuição foi entre 60-69 anos com 24 (29,3%) pacientes; em relação à divisão por grupos etários, 36 eram adultos e 46, idosos, a idade média foi de 61,1 anos. Houve predomínio da cor da pele branca com 56 (68,3%) pacientes. Quanto à escolaridade, verificou-se que 27 (32,9 %) tinham de 1 a 4 anos de estudo e apenas 6 (7,3%) não eram alfabetizados. Ressalta-se que 90,9% dos pacientes com 12 ou mais anos de

estudo encontravam-se em DPA, enquanto apenas 9,1% realizavam DPAC. A maioria, 59 (72,0%) dos pacientes, tinha companheiro (a) e 50 (61,0%) residiam com a família. Mais da metade dos pacientes, 49 (59,7%), morava em Ribeirão Preto ou em municípios com até 25 km de distância, 19 (23,2%) viviam em cidades situadas entre 50 e 99 km, 8 (9,8 %), entre 26 e 49 km e 6 ( 7,3%), acima de 100 km do local onde recebiam acompanhamento do tratamento, sem ultrapassar o raio de 150 km.

As características socioeconômicas da população estudada estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis socioeconômicas dos 36 adultos e 46 idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto, 2010

	18-59 anos		60 anos e mais		Total	
	N=36	%	N=46	%	N=82	%
<b>Aposentadoria</b>						
Não tem	19	61,3	12	38,7	31	37,8
Tem	17	33,3	34	66,7	41	50,0
<b>Pensão</b>						
Não tem	35	43,8	45	56,3	80	97,6
Tem	1	50,0	1	50,0	2	2,4
<b>Trabalho</b>						
Não tem	29	41,4	41	58,6	70	85,4
Tem	7	58,3	5	41,7	12	14,6
<b>Outros</b>						
Não tem	20	35,7	36	64,3	56	68,3
Tem	16	61,5	10	38,5	26	31,7

Somente 12 (14,8%) dos pacientes possuíam trabalho, a maioria, 51 (62,2%), se mantinha com a aposentadoria, sendo que, destes, 17 (33,3%) ainda não eram idosos, 26 (31,7%) possuíam outras rendas como auxílio para idoso ou renda do cônjuge e 2 (2,4%) recebiam pensão.

#### 4.2 Caracterização quanto aos dados da DRC terminal e diálise peritoneal

As principais causas etiológicas da DRC terminal dos pacientes estudados, que constavam no prontuário médico, foram: hipertensão 30 (36,6%), diabetes 30 (36,6%), outra causa 10 (12,2%), não especificada 7 (8,5%), rim policístico 7 (8,5%), glomerulonefrite 5 (6,1%). Vale ressaltar que para alguns pacientes foi diagnosticada mais de uma causa para DRC terminal.

Quanto ao tempo de tratamento na modalidade atual, a mediana foi 17 com variação entre 3 e 156 meses completos, sendo 44 (53,7%) pacientes em DPAC e 36 (46,3%) em DPA.

Tabela 3 – Distribuição das comorbidades autorreferidas dos 36 adultos e 46 idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto, 2010

	18-59 anos		60 anos e mais		Total	
	N=36	%	N=46	%	N=82	%
Hipertensão arterial	32	43,2	42	56,8	74	90,2
Anemia	19	42,2	26	57,8	45	54,9
Outras doenças	15	45,5	18	54,5	33	40,2
Diabetes <i>mellitus</i>	11	34,4	21	65,6	33	39,0
Déficit visual	10	37,0	17	63,0	27	32,9

continua



	18-59 anos		60 anos e mais		Total	
	N=36	%	N=46	%	N=82	%
Cataratas	4	18,2	18	81,8	22	26,8
Varizes	2	15,4	11	84,6	13	15,9
Infarto agudo do miocárdio	3	23,1	10	76,9	13	15,9
Doença cerebrovascular	4	36,4	7	63,6	11	13,4
Déficit auditivo	2	25,0	6	75,0	8	9,8
Neoplasia maligna	3	60,0	2	40,0	5	6,2
Neoplasia benigna	1	33,3	2	66,7	3	3,7
Osteopatias	2	66,7	1	33,3	3	3,7
Hepatopatia- HbsAg+	1	100,0	-	-	1	1,2

conclusão

As comorbidades apontadas pelos pacientes em DP com maior frequência foram: hipertensão arterial 74 (90,2%), anemia 45 (54,8%), diabetes *mellitus* 33 (40,2%), outras doenças 33 (40,2%), déficit visual 27 (32,9%) e cataratas 22 (26,8%). O número médio de comorbidades para cada paciente foi de 3,5 com variação pouco significativa entre os adultos e idosos.

As complicações físicas relacionadas à DRC terminal e tratamento por diálise peritoneal que foram mais lembradas pelos pacientes foram: hipertensão 49 (59,7%), fraqueza 41 (50%), câimbra 40 (48,8%), ganho de peso 40 (48,8%), constipação intestinal 34 (41,5%), coceira 33(40,2%). Número médio de complicações para cada paciente foi de 3,7 com pouca variação entre os grupos de adultos e de idosos.

Tabela 4 – Distribuição das complicações físicas autorreferidas relacionadas à DRC terminal e diálise peritoneal, referidas pelos 36 adultos e 46 idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto, 2010

	18-59 anos		60 anos e mais		Total	
	N=36	%	N=46	%	N=82	%
Hipertensão	22	44,9	27	55,1	49	59,7
Fraqueza	18	43,9	23	56,1	41	50,0
Câimbras	18	45,0	22	55,0	40	48,8
Ganho de peso	14	35,0	26	65,0	40	48,8
Constipação intestinal	17	50,0	17	50,0	34	41,5
Prurido	13	39,4	20	60,6	33	40,2
Dor em outro local do corpo	12	48,0	13	52,0	25	30,5
Cefaléia	9	47,4	10	52,6	19	23,1
Hipotensão	6	33,3	12	66,7	18	21,9
Outras complicações	7	70,0	3	30,0	10	12,2

Foi observado que todos os 82 (100%) pacientes entrevistados faziam uso de medicações no tratamento de DRC terminal e comorbidades associadas. Destes, 63 (76,8%) faziam uso de Eritropoetina para tratamento de anemia. Quanto à realização de outro tratamento para DRC terminal em período anterior ao tratamento atual, 42 (51,2%) realizaram hemodiálise, 19 (23,2%) realizaram outro tipo de diálise peritoneal e 11 (13,4%) tinham sido transplantados. Em relação ao auxílio recebido, 8 (9,7%) pacientes recebiam ajuda para as atividades cotidianas e para o tratamento, enquanto 40 (48,8%) necessitavam de ajuda apenas para a realização da diálise peritoneal.

### 4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal, segundo o KDQOL-SF™

Para a mensuração da QVRS, segundo o KDQOL-SF™, foram calculadas as médias, desvio-padrão, medianas, mínimos, máximos e coeficientes alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach enquanto índice para avaliação de consistência interna entre os itens das dimensões do KDQOL-SF™.

Tabela 5 – Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado). Ribeirão Preto, 2010

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b><math>\alpha</math> (Cronbach)</b>
Dimensões genéricas						
Funcionamento físico (10)	55,1	33,7	55,0	5,0	100,0	0,9352
Função física (4)	36,9	47,0	0,0	0,0	100,0	0,9779
Dor (2)	82,6	24,6	100,0	22,5	100,0	0,9214
Saúde geral (5)	62,1	23,6	65,0	5,0	100,0	0,743
Bem-estar emocional (5)	63,8	21,5	66,0	12,0	100,0	0,8332
Função emocional (3)	70,3	44,7	100,0	0,0	100,0	0,9732
Função social (2)	68,9	23,7	75,0	12,5	100,0	0,7689
Energia/fadiga (4)	56,6	20,9	55,0	10,0	100,0	0,8034
Dimensões específicas						
Lista de sintomas/ problemas (12)	82,8	12,5	83,3	41,7	100,0	0,7479
Efeitos da doença renal (8)	72,1	19,0	71,9	34,4	100,0	0,7469
Sobrecarga da doença renal (4)	46,1	30,5	40,6	0,0	100,0	0,7317
Situação de trabalho (2)	32,3	37,2	0,0	0,0	100,0	0,5953
Função cognitiva (3)	83,2	18,8	93,3	33,3	100,0	0,7134

continua

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>α (Cronbach)</b>
Qualidade de interação social (3)	70,6	20,1	73,3	20,0	100,0	0,6119
Função sexual (2) *	68,7	26,6	75,0	12,5	100,0	0,8110
Sono (4)	65,1	22,2	65,0	10,0	100,0	0,7755
Suporte social (2)	86,4	24,6	100,0	0,0	100,0	0,8131
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	95,7	14,1	100,0	0,0	100,0	0,8833
Satisfação do paciente (1)	79,7	13,9	83,3	50,0	100,0	-

\* n = 46 pacientes

conclusão

A consistência interna foi medida pelo cálculo do coeficiente alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach que se mostrou superior a 0,70 para a maioria das dimensões do KDQOL-SF™, com exceção da situação de trabalho ( $\alpha = 0,5953$ ) e qualidade de interação social ( $\alpha = 0,6119$ ), ambas dimensões específicas do instrumento.

Nas dimensões satisfação do paciente e saúde global, por serem compostas por apenas um item, não foi possível a obtenção do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach.

Para todo o instrumento, foi obtido o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,9556, valor considerado alto, mostrando consistência nas respostas dos pacientes às questões do KDQOL-SF™.

Em relação aos escores médios, encontrou-se variação entre 32,3 em situação de trabalho e 95,7 em estímulo por parte da equipe.

As dimensões que obtiveram menores valores médios de escores foram: situação de trabalho (32,3), função física (36,9), sobrecarga da doença renal (46,2).

As dimensões que obtiveram maiores escores médios foram: estímulo por parte da equipe (95,7), suporte social (86,4) e função cognitiva (83,2).

### 4.3.1 Itens adicionais do instrumento KDQOL-SF™

A questão de número 02 (escala do SF36) do instrumento avalia a saúde geral atual do paciente comparada há um ano, este item não é computado no cálculo das 19 dimensões do KDQOL-SF™. A média foi de 63,4, mediana 62,5, desvio-padrão 23,0, mínimo de zero e máximo de 100. As respostas dos pacientes tiveram a seguinte distribuição: 32 (39%) consideraram sua saúde atual “aproximadamente igual há um ano”, 28 (34,1%) “um pouco melhor agora do que há um ano”, 13 (15,9%) “muito melhor agora do que há um ano”, 8 (9,8%) “um pouco pior agora do que há um ano” e 1 (1,2%) “ muito pior agora do que há um ano”.

A questão número 22 (escala específica para doença renal) avalia a saúde em geral, utilizando-se de uma escala com variação de 0 a 10, esta também não é computada no cálculo das 19 dimensões do KDQOL-SF™. A média foi de 67,3, a mediana 70,0, desvio-padrão 17,5, mínimo 30 e máximo 100. As respostas dos pacientes tiveram a seguinte distribuição: 35 (54,9%) avaliaram sua saúde no intervalo entre o meio-termo e a melhor possível (variação das respostas entre os valores 6 e 9); 26 (31,7%) consideraram sua saúde no geral no meio-termo (respostas= valor 5); 9 (9,8%) avaliaram como “ a melhor possível “ (respostas= valor 10) e por fim 3 (3,6%) consideraram entre “ a pior possível (tão ruim quanto estar morto)” e o meio-termo (variação das respostas entre os valores 3 e 4).

Tabela 6 – Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes adultos e idosos em diálise peritoneal e teste-t de comparação entre os dois grupos. Ribeirão Preto-SP, 2010

	<b>18-59 anos</b> <b>Média (desvio- padrão)</b>	<b>60 anos e mais</b> <b>Média (desvio- padrão)</b>	<b>p</b>
Dimensões genéricas			
Funcionamento físico	63,7(32,3)	48,4(33,5)	0,039*
Função física	34,7(47,5)	38,6(47,0)	0,714

continua

	<b>18-59 anos Média (desvio- padrão)</b>	<b>60 anos e mais Média (desvio- padrão)</b>	<b>p</b>
Dor	87,9(23,2)	78,5(25,1)	0,085
Saúde geral	65,1(18,1)	59,7(27,1)	0,278
Bem-estar emocional	64,4(21,7)	63,2(21,5)	0,799
Função emocional	64,8(47,1)	74,6(42,8)	0,327
Função social	68,7(24,0)	69,0(23,7)	0,959
Energia/fadiga	58,0 (20,6)	55,5(21,3)	0,592
Dimensões específicas			
Lista de sintomas/ problemas	82,5(12,4)	83,2 (12,7)	0, 791
Efeitos da doença renal	70,6(19,3)	73,3(18,9)	0,536
Sobrecarga da doença renal	42,9(29,3)	48,8(31,5)	0,389
Situação de trabalho	34,8 (41,1)	30,4(34,1)	0,607
Função cognitiva	87,0(16,5)	80,3(20,0)	0,107
Qualidade de interação social	70,5(22,0)	70,6(18,8)	0,996
Função sexual*	64,5(30,3)	73,8(20,9)	0,227
Sono	66,8 (24,0)	63,9(20,8)	0,561
Suporte social	81,9(29,6)	89,8(19,4)	0,171
Estímulo por parte da equipe de diálise	94,4(18,3)	96,7(9,6)	0,467
Satisfação do paciente	77,3(15,0)	81,5(12,8)	0,174

\* n = 25 adultos e 21 idosos

conclusão

Ao comparar os escores médios das dimensões do KDQOL-SF™ entre os adultos e os idosos em DP, encontrou-se variações entre os dois grupos, no entanto apenas para a dimensão funcionamento físico observou-se significância estatística, na qual os idosos demonstraram pior QVRS.

Para melhor visualização da dimensão funcionamento físico, apresenta-se a seguir uma tabela com os escores médios por itens.

Tabela 7 – Escores médios da dimensão funcionamento físico do KDQOL-SF™ por itens - para adultos e idosos em diálise peritoneal. Ribeirão Preto-SP, 2010

Itens da dimensão funcionamento físico	18-59 anos		60 anos e mais	
	Média	Desvio- padrão	Média	Desvio- padrão
3a Atividades que requerem muito esforço	59,7	44,4	39,13	47,038
3b Atividades moderadas	68,06	41,667	41,30	45,098
3c levantar e carregar compras	68,06	39,916	53,26	43,972
3d Subir vários lances de escada	51,39	40,508	32,61	42,449
3e Subir um lance de escada	75,00	38,730	53,26	40,003
3f Inclinar-se, ajoelhar-se, curvar-se	38,89	44,898	44,57	43,752
3g Caminhar mais de um quilômetro	45,83	46,866	29,35	44,192
3h Caminhar vários quarteirões	59,72	46,012	40,22	44,246
3i Caminhar um quarteirão	80,56	36,406	65,22	41,991
3j Tomar banho ou vestir-se	90,28	23,359	84,78	27,628

Tabela 8 – Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ para os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado), segundo sexo e trabalho. Ribeirão Preto, 2010

	Sexo		p	Trabalho		p
	Masculino	Feminino		Não tem	Tem	
Dimensões genéricas						
Funcionamento físico	58,6(32,1)	52,9(34,7)	0,458	49,6(32,6)	87,5(17,9)	<0,001*
Função física	32,0(45,0)	40,0(48,4)	0,457	34,6(46,9)	50,0(47,7)	0,299
Dor	86,8(21,3)	79,9(26,3)	0,221	80,1(25,5)	97,5(8,7)	<0,001*
Saúde geral	62,8(23,0)	61,6(24,2)	0,822	59,3(23,7)	78,3(15,0)	0,009
Bem-estar emocional	67,4(20,9)	61,4(21,7)	0,224	61,7(21,7)	75,7(15,6)	0,037
Função emocional	73,9(43,8)	68,0(45,6)	0,560	68,1(45,5)	83,3(38,9)	0,279
Função social	75,0(20,6)	65,0(24,9)	0,062	67,0(24,1)	80,2(17,2)	0,073
Energia/fadiga	60,5(19,4)	54,2(21,6)	0,187	53,7(20,7)	73,7(12,0)	<0,001*
Dimensões específicas						
Lista de sintomas/ problemas	85,6 (13,2)	81,0 (11,8)	0,107	81,8 (12,8)	88,7(8,4)	0,077
Efeitos da doença renal	75,2 (19,5)	70,2 (18,6)	0,247	70,9(19,0)	79,4(18,2)	0,156
Sobrecarga da doença renal	41,0 (29,8)	49,5 (30,8)	0,222	43,5(30,8)	62,0(24,2)	0,052
Situação de trabalho	31,2(39,6)	33,0(35,9)	0,837	22,1(27,8)	91,7(28,9)	<0,001*
Função cognitiva	85,4(17,2)	81,9(19,7)	0,407	81,5(19,1)	93,3(13,3)	0,016
Qualidade de interação social	75,8(17,6)	67,2(21,1)	0,058	69,3(20,8)	77,8 (14,6)	0,100
Função sexual*	66,2(26,0)	70,2(27,2)	0,621	67,5(26,8)	72,7(26,7)	0,575
Sono	62,6(22,9)	66,8(21,8)	0,413	62,7(22,8)	79,4(10,5)	<0,001*
Suporte social	91,1(16,9)	83,3(28,2)	0,162	87,4(22,4)	80,5(35,4)	0,378

continua



	Sexo		p	Trabalho		p
	Masculino	Feminino		Não tem	Tem	
Estímulo por parte da equipe	95,3(11,3)	96,0(15,6)	0,831	95,5(14,6)	96,9(10,8)	0,763
Saúde global	64,7(17,4)	69,0(17,5)	0,279	65,6(17,5)	77,5(14,2)	0,028
Satisfação do paciente	76,0(15,2)	82,0(12,5)	0,070	80,2(13,7)	76,4(15,0)	0,377

\* n = 46 pacientes conclusão

Os escores médios da variável sexo não apresentaram significância estatística, quando comparados aos escores médios das dimensões do KDQOL-SF™. Já os escores da variável trabalho, quando realizada a mesma comparação, mostraram-se estatisticamente significantes para as dimensões: sobrecarga da doença, situação de trabalho, função cognitiva, sono, saúde global, funcionamento físico, dor, saúde geral, bem-estar emocional e energia e fadiga.

Tabela 9 – Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF™ entre os pacientes em DPAC (44) e em DPA (38) e teste-t de comparação entre os dois grupos. Ribeirão Preto-SP, 2010

	DPAC	DPA	p
	Média (desvio-padrão)	Média (desvio-padrão)	
Dimensões genéricas			
Funcionamento físico	50,1(33,7)	60,9(33,1)	0,148
Função física	41,5(48,2)	31,6(45,6)	0,345
Dor	80,7(25,4)	84,9(23,8)	0,446
Saúde geral	64,0(22,8)	59,9(24,6)	0,435
Bem-estar emocional	62,4(18,0)	65,4(25,0)	0,531
Função emocional	73,5(43,5)	66,7(46,5)	0,514

continua

	<b>DPAC</b>	<b>DPA</b>	<b>P</b>
	Média (desvio- padrão)	Média (desvio- padrão)	
Função social	68,7(23,6)	69,1(24,1)	0,950
Energia/fadiga	56,4(20,2)	57,0(21,9)	0,896
Dimensões específicas			
Lista de sintomas/ problemas	82,6 (11,0)	83,1 (14,1)	0,847
Efeitos da doença renal	74,1(17,3)	69,8(20,7)	0,307
Sobrecarga da doença renal	49,0 (28,9)	42,9(32,4)	0,372
Situação de trabalho	27,3(34,9)	38,1(39,3)	0,188
Função cognitiva	84,2(17,6)	82,1(20,2)	0,610
Qualidade de interação social	71,2(18,7)	69,8(21,9)	0,758
Função sexual *	69,0(25,8)	68,4(28,1)	0,945
Sono	64,1(22,2)	66,4(22,4)	0,634
Suporte social	88,6(18,6)	83,8(30,1)	0,392
Estímulo por parte da equipe	96,6(9,8)	94,7(17,8)	0,555
Saúde global	68,5(18,0)	66,0 (17,0)	0,546
Satisfação do paciente	79,9(14,2)	79,3(13,7)	0,862

\* n = 25 em DPAC e 21 em DPA

conclusão

Ao comparar os escores médios das dimensões do KDQOL-SF™ entre pacientes que realizavam as modalidades DPAC e DPA, não foi encontrada significância estatística.

Tabela 10 – Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ para os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado), segundo variáveis clínicas autorreferidas. Ribeirão Preto, 2010

	Fraqueza			Déficit visual		
	Não tem	Tem	p	Não tem	Tem	p
Dimensões genéricas						
Funcionamento físico	68,3(32,0)	41,9(30,2)	<0,001*	60,3(34,1)	44,6(30,7)	0,047*
Função física	51,8(47,6)	21,9(41,9)	0,003*	43,6(49,1)	23,1(39,8)	0,047*
Dor	87,3(22,0)	77,9(26,3)	0,084	82,6(24,5)	82,6(25,2)	0,987
Saúde geral	70,1(22,3)	54,0(22,3)	0,002*	65,6(23,6)	54,8(22,2)	0,050*
Bem-estar emocional	70,8(18,0)	56,7(22,4)	0,002*	63,6(22,6)	64,0(19,4)	0,943
Função emocional	79,7(40,0)	61,0(47,7)	0,058	70,9(45,8)	74,0(44,6)	0,768
Função social	75,9(22,0)	61,9(23,3)	0,007*	70,7(24,7)	65,2(21,5)	0,334
Energia/fadiga	65,8(19,5)	47,4(18,1)	<0,001*	60,5(20,1)	48,7(20,5)	0,015*
Dimensões específicas						
Lista de sintomas/ problemas	89,9(7,9)	75,8(12,3)	<0,001	83,8(11,9)	80,8 (13,7)	0,304
Efeitos da doença renal	82,0(13,1)	62,3(19,0)	<0,001*	72,8 (19,3)	70,7(18,7)	0,638
Sobrecarga da doença renal	59,0(28,5)	33,5(27,2)	<0,001*	51,4(31,8)	35,6(25,2)	0,018*
Situação de trabalho	31,7(38,3)	32,9( 36,4)	0,883	38,2(39,6)	20,4(28,6)	0,023*
Função cognitiva	89,9(16,1)	76,6 (19,1)	0,001*	85,8(18,2)	78,0(19,2)	0,077
Qualidade de interação social	79,2(15,6)	61,9(20,7)	<0,001*	70,2(21,6)	71,3(17,0)	0,806

continua

	Fraqueza			Déficit visual		
	Não tem	Tem	p	Não tem	Tem	p
Função sexual*	76,0(26,0)	60,8(25,4)	0,051*	68,9(26,4)	68,3(27,9)	0,942
Sono	69,7(20,0)	60,7(23,6)	0,065	68,4(19,7)	58,7(25,7)	0,093
Suporte social	88,6(23,7)	84,1(25,5)	0,414	83,9(28,7)	91,3(11,7)	0,101
Estímulo por parte da equipe de diálise	94,8(17,9)	96,6(8,8)	0,559	95,2(15,7)	96,7(10,2)	0,646
Saúde global	68,0(18,7)	66,6(16,4)	0,707	69,8(17,8)	62,2(16,0)	0,064
Satisfação do paciente	78,0(14,2)	81,3(13,5)	0,291	79,3(14,0)	80,2(13,9)	0,795

\* n = 46 pacientes

conclusão

Foi encontrada significância estatística na comparação entre os valores médios da variável fraqueza e as seguintes dimensões do KDQOL-SF™: funcionamento físico, função física, saúde geral, bem-estar emocional, função social, energia/fadiga, função cognitiva e função sexual.

Quando realizada a comparação entre os valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ e os escores médios da variável déficit visual, foi observado que as dimensões funcionamento físico, função física, saúde geral, energia/fadiga, sobrecarga da doença renal e situação de trabalho apresentaram-se estatisticamente significantes.

Os escores médios da variável clínica diabetes mostraram-se estatisticamente significantes para as dimensões sobrecarga da doença renal, situação de trabalho e saúde global, quando comparados aos escores médios das dimensões do KDQOL-SF™. Já a variável hipertensão arterial não apresentou significância estatística.

Tabela 11 – Valores médios das dimensões do KDQOL-SF™ para os pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado), segundo variáveis clínicas. Ribeirão Preto, 2010

	Diabetes		p	Hipertensão arterial		p
	Não tem	Tem		Não tem	Tem	
Dimensões genéricas						
Funcionamento físico	58,5,3(32,8)	49,2(34,8)	0,226	59,2(33,3)	48,0(33,7)	0,147
Função física	42,3(48,9)	27,5(42,7)	0,157	33,1(46,1)	43,3(48,7)	0,349
Dor	81,8(25,5)	84,1(23,2)	0,685	85,2(24,1)	78,1(25,2)	0,206
Saúde geral	65,9(21,7)	55,5(25,6)	0,055	62,2(25,7)	61,8(19,8)	0,945
Bem-estar emocional	65,0(20,8)	61,6(22,7)	0,493	64,6(21,3)	62,3(21,9)	0,636
Função emocional	73,7(43,4)	64,4(47,1)	0,369	67,9(46,2)	74,4(42,6)	0,530
Função social	68,5(22,5)	69,6(26,0)	0,845	69,7(23,6)	67,5(24,0)	0,686
Energia/fadiga	58,0(20,3)	54,3(22,0)	0,450	58,7(20,8)	53,0(20,9)	0,232
Dimensões específicas						
Lista de sintomas/ problemas	83,5(10,5)	81,6(15,5)	0,546	82,4(13,0)	83,5(11,7)	0,724
Efeitos da doença renal	72,6(18,5)	71,3(20,1)	0,778	71,6(19,5)	73,1(18,4)	0,724
Sobrecarga da doença renal	53,3(30,0)	33,7(27,7)	0,004*	45,8(31,2)	46,9(29,8)	0,878
Situação de trabalho	39,4 (40,0)	20,0 (28,2)	0,012*	30,8(37,2)	35,0(37,5)	0,622
Função cognitiva	83,5(19,3)	82,9(18,2)	0,895	84,7(18,5)	80,7(19,3)	0,347
Qualidade de interação social	71,0(26,2)	69,7(20,7)	0,789	70,5(19,8)	70,7(21,0)	0,974
Função sexual*	71,2(26,2)	62,5(27,5)	0,322	70,5(29,0)	66,0(24,5)	0,576
Sono	67,3(20,4)	61,5(24,8)	0,256	66,7(22,8)	62,5(21,2)	0,409
Suporte social	84,9(27,7)	88,9(18,2)	0,439	85,9(23,4)	87,2(26,9)	0,816

continua

	Diabetes		p	Hipertensão arterial		p
	Não tem	Tem		Não tem	Tem	
Estímulo por parte da equipe	97,1(8,4)	93,3(20,4)	0,340	94,9(16,6)	97,1(7,8)	0,512
Saúde global	70,6(17,4)	61,7(16,4)	0,025*	67,5(18,8)	67,0(15,3)	0,902
Satisfação do paciente	81,1(13,2)	77,2(14,8)	0,226	79,8(14,9)	79,4(12,1)	0,910

\* n = 46 pacientes

conclusão

Tabela 12 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as dimensões do KDQOL-SF™, variáveis demográficas e clínicas dos pacientes em diálise peritoneal (n= 82, exceto quando indicado). Ribeirão Preto, 2010

	Idade	Há quanto tempo realiza DPAC ou DPA	Número de comorbidades	Número de complicações
Dimensões genéricas				
Funcionamento físico	-,355(**)	,050	-,378(**)	-,318(**)
Função física	-,078	-,107	-,197	-,275(*)
Dor	-,168	-,219(*)	-,272(*)	-,245(*)
Saúde geral	-,176	,062	-,341(**)	-,319(**)
Bem-estar emocional	-,009	-,020	-,113	-,354(**)
Função emocional	,152	,017	-,072	-,261(*)
Função social	-,035	-,051	-,205	-,272(*)
Energia/fadiga	-,134	-,104	-,396(**)	-,394(**)
Dimensões específicas				
Lista de sintomas/problemas	-,071	-,112	-,278(*)	-,604(**)
Efeitos da doença renal	-,030	-,133	-,178	-,520(**)
Sobrecarga da doença renal	-,065	,011	-,268(*)	-,281(*)
Situação de trabalho	-,004	,015	-,335(**)	-,044

continua

	<b>Idade</b>	<b>Há quanto tempo realiza DPAC ou DPA</b>	<b>Número de comorbidades</b>	<b>Número de complicações</b>
Função cognitiva	-,237(*)	-,092	-,269(*)	-,349(**)
Qualidade de interação social	,006	,013	-,115	-,409(**)
Função sexual *	-,009	,039	,000	-,173
Sono	-,191	-,049	-,297(**)	-,280(*)
Suporte social	,282(*)	,020	,133	-,077
Estímulo por parte da equipe de diálise	,172	,116	-,020	-,042
Saúde global	-,122	,003	-,260(*)	-,159
Satisfação do paciente	,126	,143	,009	,076

\* n = 46 pacientes

conclusão

Quando correlacionadas as dimensões do KDQOL-SF™ e a variável idade, observou-se correlação moderada para a dimensão funcionamento físico e fraca para as dimensões função cognitiva e suporte social.

Houve correlação fraca entre a variável tempo que realiza DPAC ou DPA e a dimensão dor do KDQOL-SF™.

Encontrou-se correlação moderada entre o número de comorbidades e as dimensões: funcionamento físico, saúde geral, energia/fadiga, lista de problemas/sintomas, situação de trabalho, função cognitiva. Enquanto nas dimensões: dor, sobrecarga da doença renal, função cognitiva, sono e saúde global houve correlação fraca.

A variável número de complicações apresentou o maior número de correlações sendo elas, moderada para as dimensões: funcionamento físico, função física, saúde geral, bem-estar emocional, função emocional, lista de problemas/sintomas, efeitos da doença renal, função cognitiva, qualidade de interação social, e fraca para as dimensões: dor, função social e sobrecarga da doença renal.

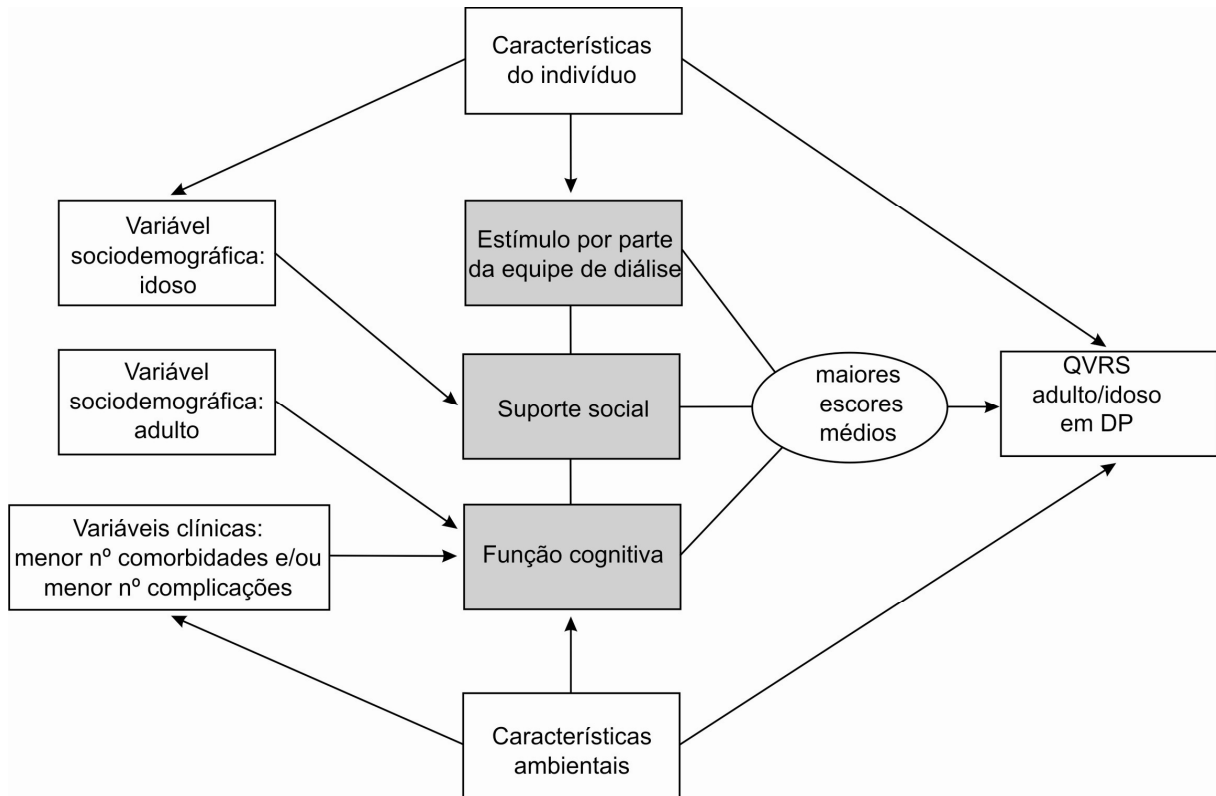
Tabela 13 – Análise de regressão linear múltipla de cinco preditores para quatro dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde. Ribeirão Preto, 2010

	<b>Funcionamento físico</b>		<b>Função física</b>		<b>Sobrecarga da doença renal</b>		<b>Situação de trabalho</b>	
	<b>β</b>	<b>p</b>	<b>β</b>	<b>p</b>	<b>β</b>	<b>p</b>	<b>β</b>	<b>p</b>
Idade	-,268	,006*	-,016	,887	,025	,808	,113	,192
Trabalho	,289	,004*	,053	,645	,129	,235	,649	,000*
Tem diabetes	,067	,503	-,096	,406	-,250	,024*	-,098	,279
Qual tipo de DP realizado atualmente	,072	,454	-,178	,111	-,214	,044*	,015	,863
Comorbidades e complicações	-,317	,002*	-,288	,014*	-,279	,012*	-,031	,729

Na regressão linear múltipla, foram confirmados os resultados da análise bivariada, indicando associação dos fatores que impactam negativamente a QVRS: maior idade no funcionamento físico; não trabalhar no funcionamento físico e na situação de trabalho; ter diabetes na sobrecarga da doença renal; realizar DPA na sobrecarga da doença renal; maior número de comorbidades e complicações no funcionamento físico, na função física, na sobrecarga da doença renal e na situação de trabalho.

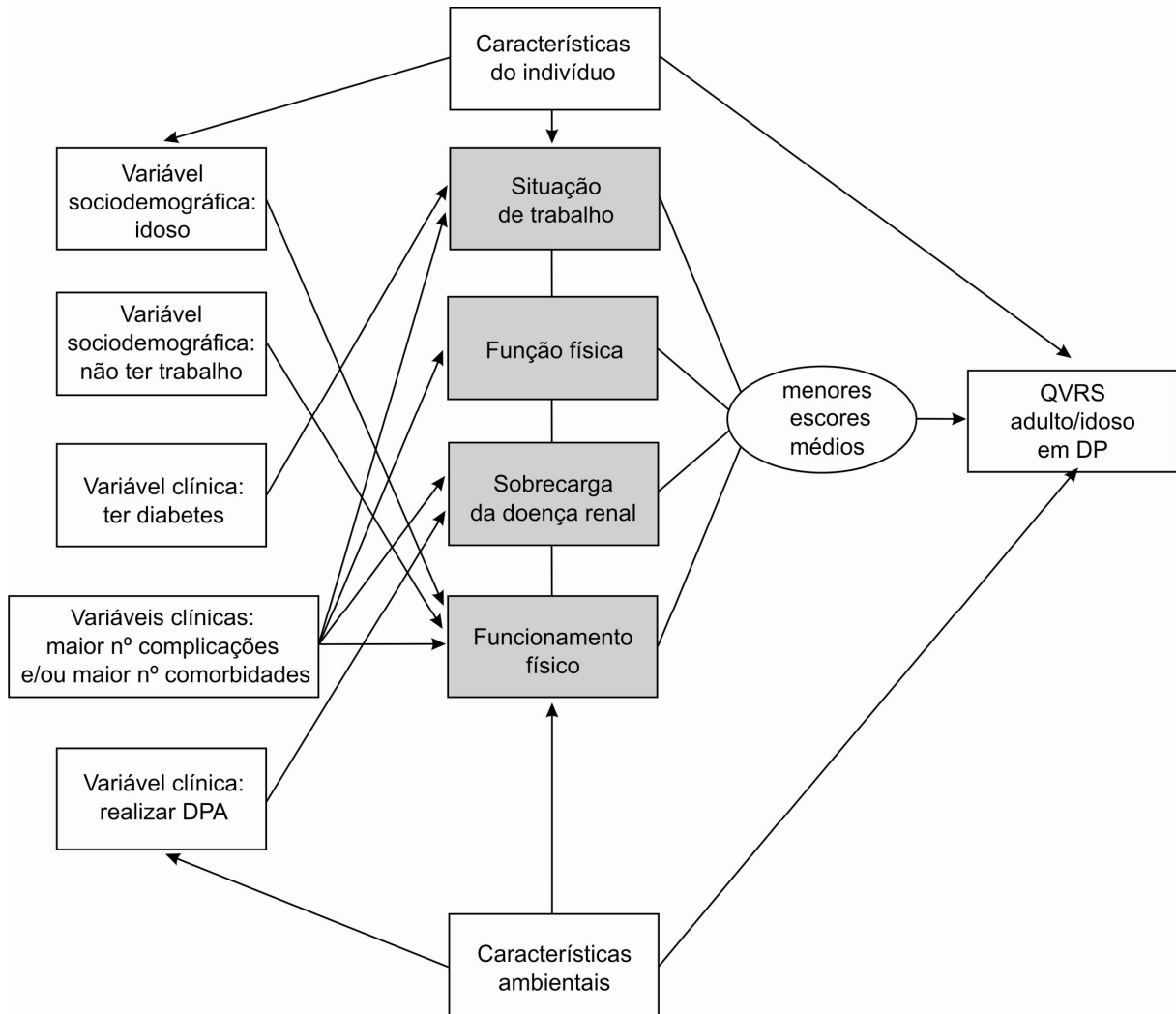
A seguir encontram-se as Figuras 2 e 3 ilustrando os modelos esquemáticos das relações entre as variáveis dos pacientes nas dimensões da QVRS com os três maiores e com os quatro menores escores médios respectivamente, segundo resultados do presente trabalho. Tais esquemas foram elaborados a partir do modelo conceitual de QVRS proposto por Wilson e Cleary (1995). As setas nas figuras não implicam em ausência de relação de reciprocidade, assim como a ausência de setas entre alguns aspectos não adjacentes não significa que não tenham relação entre si. As relações entre estes fatores são mediadas por características individuais e ambientais.





Fonte: elaborado pela autora

Figura 2 – Modelo esquemático das relações entre as variáveis dos pacientes nas dimensões da QVRS com maiores escores médios, segundo resultados do presente trabalho



Fonte: elaborado pela autora

Figura 3 – Modelo esquemático das relações entre as variáveis dos pacientes nas dimensões da QVRS com menores escores médios, segundo resultados do presente trabalho



A seguir, será apresentada a discussão dos resultados obtidos na pesquisa, iniciando pelos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos dos adultos e idosos em diálise peritoneal, seguida da discussão das dimensões que compõem a QVRS desta população.

### **5.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica da população**

O maior número de pacientes do sexo feminino na população estudada também foi encontrado em estudo realizado na região Sul do país (ZILLMER, 2009), em estudo multicêntrico realizado no Brasil com pacientes em DP (FERNANDES et al., 2008) e em um estudo recente realizado por Neyra, Segura e Espejo (2008) na Espanha, diferentemente dos achados de Wong, Chow e Chan (2010) na China, Molsted et al. (2007) na Dinamarca, Kutner et al. (2005) nos EUA, Bakewell, Higgins e Edmunds (2002), Harris et al. (2002) e Carmichael et al., (2000) na Inglaterra, nos quais houve predomínio do sexo masculino.

O grande número de mulheres em DP pode estar relacionado à feminização do envelhecimento, na qual as mulheres tem mais anos de vida e apresentam maior probabilidade de terem problemas de saúde e doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a DRC (CAMARANO, 2006; BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002).

Em relação à idade, a população estudada era composta por 46 idosos (idade igual ou maior que 60 anos) e 36 adultos (idades entre 21 e 59 anos). Além do destaque do maior número dos pacientes serem idosos, foi observada uma parcela também significativa de adultos que em menos de uma década se tornarão idosos. Estudo realizado no Brasil, que avaliou 48% do total de pacientes em DP do país, evidenciou a faixa etária de maior distribuição dos pacientes entre 60-69 anos (FERNANDES, et al., 2008).

Tem-se observado um crescente aumento do número de idosos com DRC iniciando e se mantendo em TRS e com tendência a continuar aumentando, em função dos quadros demográfico e epidemiológico atuais (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009).

A baixa escolaridade, 1 a 4 anos de estudo, foi evidenciada em 27 pacientes estudados, situação esta observada no Brasil (FERNANDES et al., 2008) e também internacionalmente nos estudos de Carmichael et al. (2000), Wong, Chow e Chan (2009). Pode-se observar que, dos 38 pacientes em DPA, 21 tinham ensino médio ou formação superior completa/incompleta, demonstrando assim a melhor situação de escolaridade entre os pacientes neste tipo de DP, situação também evidenciada no estudo de Bro et al. (1999). Não existem evidências que possam afirmar que a escolaridade é um critério que limita a realização da DP por pacientes com menor grau de escolaridade, ainda assim os achados reforçam a concepção tradicional de que o baixo nível educacional representa uma contraindicação para DP (FERNANDES et al., 2008). Em partes, o baixo número de pacientes nesta modalidade de diálise no Brasil se deve à baixa escolaridade da população geral (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2007).

Embora o fator de maior importância na indicação da DP seja o interesse manifestado pelo paciente em assumir seu autocuidado, o nível de escolaridade é muito relevante, pois além de auxiliar no entendimento das informações pelo paciente possibilita que a enfermeira não restrinja a sua capacitação somente por meio das orientações verbais, mas também utilize instruções escritas que poderão auxiliar no processo ensino-aprendizagem (JACOBOSKWI; BORELLA; LAUTERT, 2005).

Em relação ao estado conjugal, o fato de a maioria dos pacientes ter companheiro e viver com a família pode contribuir no enfrentamento e tratamento da doença pelo paciente, refletindo no melhor apoio informal. Assim como em todas as modalidades de diálise, o tratamento da DPAC torna-se parte da vida do paciente. O impacto desta mudança no estilo de vida afeta não só o paciente, mas também outras pessoas que fazem parte do cotidiano deste como os cônjuges, família e amigos (BOWMAN; MARTIN, 1999).

Diante das preocupações comumente identificadas entre os pacientes com DRC terminal estão a ruptura de estilos de vida, a experiência de sintomas continuados, o estresse e a incerteza da vida (POLASCHEK, 2003). É importante citar que 40 pacientes estudados necessitavam de ajuda para a realização da diálise peritoneal. A presença do companheiro, na maioria das vezes, representa o auxílio disponível para a diálise. Neste estudo, 59 pacientes moravam com um companheiro, resultado também encontrado nos estudos de Carmichael et al.

(2000), Kutner et al. (2005), Molsted et al. (2007) e Wong, Chow e Chan (2010) No estudo de Zillmer (2009), 46,9% dos pacientes eram casados, e 78% moravam com familiares.

O apoio informal no tratamento fornecido pela família é de extrema importância para o sucesso da DP. Foi observado no estudo de Jacoboskwi, Borella e Lautert (2005) que 64 dos 84 pacientes eram dependentes de terceiros para execução dos procedimentos dialíticos e que 60 destes pacientes tinham o auxílio do familiar para a realização do procedimento dialítico.

De acordo com Carrera e Marcon (2003), a família que possui um paciente com DRC terminal precisa se adaptar a uma série de alterações em sua estrutura, para que possa conviver com as novas necessidades decorrentes do problema de saúde do paciente. Segundo esses autores, tais alterações provocam uma situação muito difícil para a família, pois a doença acarreta mudança na rotina de vida do indivíduo, e, como consequência, na da família também, desde o tipo de alimentação utilizado, até a quantidade e tipo de programas de lazer.

Silva et al. (2002) referem que as necessidades de adaptação da dinâmica familiar são intensas e tendem a aumentar à medida que há evolução da doença, visto que o paciente passa a apresentar dificuldades físicas que o impedem de assumir, de forma autônoma, seus compromissos, inclusive os relacionados ao tratamento, o que exige o compromisso e a dedicação da família, manifestada de diversas formas e em diferentes situações.

A maioria dos pacientes do estudo vivia em Ribeirão Preto, o que não condiz com a indicação da DP como um tipo de tratamento para a DRC terminal que atenda às necessidades de pacientes que vivem distantes dos centros de diálise (FERNANDES et al., 2008).

Os pacientes que se encontram na região Sudeste, área na qual está concentrada mais da metade dos centros de diálise do Brasil SBN (2008) (MOURA et al., 2009), mesmo que não estejam tão distantes dos centros de tratamento, precisam se deslocar das suas residências até o centro mensalmente. Tal situação é agravada em outras regiões do país, na qual a variável geográfica está relacionada com a DP, demonstrando melhor indicação desta modalidade para populações geograficamente distantes dos centros (FERNANDES et al., 2008). Em contrapartida, a consulta mensal é o momento no qual o paciente tem a

oportunidade de se comunicar com a equipe, contribuindo com maiores possibilidades de relacionamento interpessoal.

A vida laboral do paciente renal crônico tem sido foco de atenção de equipes de diálise e pesquisadores sociais, contudo ainda há poucos estudos da temática. Ainda que a DP tenha como vantagem maior independência de horários para a reinserção no trabalho, por ser realizada em domicílio, somente 12 dos pacientes desta pesquisa possuíam este vínculo, esta situação também foi observada por Carmichael et al. (2000) e Wong, Chow e Chan (2010). A maior parte dos pacientes estudados era aposentada e, destes, 17 eram adultos, refletindo o quanto a DRC terminal e a DP interferem na vida produtiva do paciente.

Carrera e Marcon (2003) referem que a DRC terminal e seu tratamento trazem limitações importantes ao paciente, mas ainda assim não constituem impedimento direto e absoluto à realização da atividade laboral. As autoras referem ainda que os profissionais de saúde devem estar atentos para esta faceta da vida dos pacientes, visto que é uma das necessidades vividas por eles, não só no que se refere aos aspectos financeiros, mas também aos aspectos psicossociais, tais como, a presença de ociosidade, o sentimento de inutilidade e desvalorização, bem como a sensação de ser um peso/fardo para a família.

A DRC terminal tem implicações econômicas que influenciam o mercado de trabalho, podendo estar associadas à redução nas horas trabalhadas, a menores taxas de salário, à aposentadoria precoce, à saída antecipada do mercado de trabalho e aos programas de transferência de renda. Enfim a DRC provoca um impacto negativo sobre os rendimentos dos pacientes (GODOY; BALBINOTTO NETO; RIBEIRO, 2006).

Em relação à causa da DRC terminal, as mais frequentes foram hipertensão 30 (36,6%) e diabetes 30 (36,6%) que coincidem com os resultados encontrados pela SBN (2008) e nos estudos de (ZILLMER, 2009) e (FERNANDES et al., 2008). O aumento da população idosa e da prevalência de obesidade levou a um aumento dessas doenças crônicas apontadas como principais causas de falência renal em todo o mundo (BASTOS et al., 2009).

Quanto ao tempo de tratamento na modalidade atual, a média foi de 24,7 meses que está em consonância com a literatura internacional (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002; HARRIS et al., 2002; MOLSTED et al., 2007; NEYRA; SEGURA; ESPEJO, 2008), mas é superior à realidade brasileira, conforme

resultados de estudo multicêntrico, no qual a média de tempo de tratamento foi de 13,6 meses (FERNANDES et al., 2008).

Foi observado que todos os pacientes entrevistados faziam uso de medicações no tratamento da DRC terminal e das comorbidades associadas. Sendo que a maior parte das medicações utilizadas era anti-hipertensivos, insulina ou antidiabético oral, vitamina D, sulfato ferroso, carbonato de cálcio e ligante polimérico de fosfato. A Eritropoetina, para tratamento de anemia, foi referida em uso por 76,8% dos pacientes, dado semelhante aos encontrados na literatura (FERNANDES et al., 2008; SESSO et al., 2008). É comum os pacientes com DRC apresentarem doenças hematológicas associadas, em especial a anemia crônica. Esta doença está relacionada com a diminuição da produção de Eritropoetina pelos rins (RIBEIRO-ALVES; GORDAN, 2007).

Além da deficiência de Eritropoetina, outras situações podem contribuir com o aparecimento de anemia em pacientes com DRC, como: deficiência de ferro, deficiência de ácido fólico e vitamina B12; perdas sanguíneas, hemólise e inflamação (ABENSUR, 2004). O tratamento com uso de agentes estimuladores da Eritropoiese (AEE) pode trazer benefícios como melhoria na qualidade de vida do paciente, redução da morbidade e da mortalidade e redução da necessidade de transfusões de sangue. Para a utilização da Eritropoetina humana recombinante, é preciso que o paciente tenha uma reserva de ferro, já que a produção de glóbulos vermelhos depende, dentre outros fatores, de uma quantidade adequada no organismo destas substâncias (ABENSUR, 2004; BASTOS et al., 2004).

Quanto à realização de outro tratamento para DRC terminal em período anterior ao tratamento atual, mais da metade realizou hemodiálise, 19 realizaram outro tipo de diálise peritoneal e 11 tinham sido transplantados. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo de Pecoits-Filho et al., (1998) realizado em Curitiba. Nesse apenas 41% dos pacientes tiveram DPAC como tratamento inicial, sendo que o restante dos pacientes era proveniente de unidades de hemodiálise na maioria dos casos por falência de acesso vascular ou intolerância ao método.

Muitos pacientes ainda desconhecem a DP e em geral a praticam apenas quando há necessidade de outra modalidade por ausência de acesso venoso ou intolerância à HD (SILVA; SILVA, 2003). De acordo com os achados de Jager et al. (2004), o acompanhamento pré-diálise está associado com uma maior preferência



por DP. O estudo de Rubin et al. (2004) realça a necessidade de melhorar as informações dadas aos pacientes quanto às possíveis formas de tratamento, sugerindo que pacientes mais bem informados tendem a escolher a DP com mais frequência. No entanto, sabe-se que a detecção precoce da DRC ainda é falha e que muitos pacientes se submetem à TRS em caráter de urgência, o que dificulta o acesso destes pacientes a maiores informações sobre os tipos de tratamento antes de iniciá-lo.

O diagnóstico tardio da DRC aumenta a necessidade de início de diálise aguda que se associa com efeito negativo sobre a mortalidade, morbidade e aumenta a necessidade de hospitalização. Embora existam riscos de instalação de infecção, estenose venosa e trombose do acesso venoso temporário, muitos centros de diálise indicam preferencialmente a HD para casos agudos. Estes riscos são particularmente agravados em pacientes idosos devido à doença vascular subjacente, desnutrição e inflamação crônica. Além disso, uma vez iniciado em HD, os pacientes são mais propensos a permanecer nesta modalidade (POVLSEN; IVARSEN 2007).

Nos últimos anos, houve um aumento no número de pacientes em DP, que parece estar relacionado ao envolvimento do paciente na escolha dos tipos de tratamento renal substitutivo (MECA et al., 2007).

A DPA é uma modalidade mais recente de tratamento para DRC terminal quando comparada à HD e DPAC, mas tem ganhado espaço entre as modalidades de diálise. Do total de pacientes em diálise, em 2000, 7,7% estavam em DPAC e 1,15% estava em DPA (SBN, 2000); em 2002, 6,8% estavam em DPAC e 2,9%, em DPA (ROMÃO JUNIOR et al., 2003); em 2005, 6,7% estavam em DPAC e 3,8% estavam em DPA (SBN, 2005) e, em 2008, 5,3% estavam em DPAC e 4,9% estavam em DPA (SBN, 2008).

Esses dados contrastam com os de alguns países no mundo aonde o percentual de diálise peritoneal no ano de 2007 chegou a alcançar 80,4% como é o caso de Hong Kong, 65,8%, no México, 35,9%, na Nova Zelândia, 24,1%, na Dinamarca, 21,7%, na Holanda e 19,3%, na Inglaterra (UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS), 2009). Resultados próximos aos encontrados no Brasil, 10,2% (SBN, 2008), foram também constatados na Espanha, 10,5%, no Uruguai, 9,4%, na Áustria, 8,7%, em Taiwan, 8,5%, na França, 7,7% e, nos Estados Unidos, 7,2% (USRDS, 2009).

No atual estudo, foram observados 44 pacientes em DPAC e 38 em DPA, corroborando com o quadro nacional de distribuição dos pacientes em DP. O desenvolvimento técnico alcançado recentemente e também a utilização mais abrangente da DPA têm contribuído para a melhoria da qualidade do tratamento, oferecendo, assim, mais benefícios aos pacientes (POLNER, 2008).

Apesar dos avanços tecnológicos no tratamento da DRC terminal, ainda são evidentes os danos físicos e mentais para os pacientes, afetando de modo significativo seu cotidiano. Dessa forma, alguns aspectos têm sido relevantes para estes pacientes e também para seus médicos que extrapolam as medidas de parâmetros bioquímicos, as taxas de hospitalização e as taxas de mortalidade, mas englobam também a avaliação da QV do paciente (SHRESTHA et al., 2008).

## **5.2 Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em diálise peritoneal, segundo o KDQOL-SF™**

No início do uso da diálise, foram necessários grandes esforços centrados na manutenção da vida dos pacientes com DRC, desde então, progressos muito significativos foram alcançados, e, atualmente, já que a sobrevivência é conseguida de forma mais consistente, os aspectos emocionais e a qualidade de vida desses pacientes têm sido o foco das atenções e das preocupações de pesquisadores e profissionais da saúde (ZIMMERMANN; CARVALHO; MARI, 2004).

O desenvolvimento de tecnologias que proporcionem o estilo de vida mais independente aos pacientes com DRC terminal tem sido incentivado pela preocupação constante em adicionar qualidade à vida destes pacientes. Neste sentido, a DPAC e a DPA constituem alternativas terapêuticas que além de proporcionar controle efetivo do quadro clínico propiciam a liberdade de ação aos pacientes (JACOBOSKWI; BORELLA; LAUTERT, 2005).

Na literatura científica nacional, não foram encontrados estudos que avaliassem a QVRS desta população utilizando um instrumento genérico associado a um específico, sendo assim considerou-se de extrema relevância a investigação dos aspectos da QVRS que pudessem estar alterados na percepção dos pacientes que realizam DP por meio da utilização do instrumento KDQOL-SF™. Este

instrumento traduzido e validado para o português do Brasil possui a vantagem da associação de dimensões genéricas com dimensões específicas para a doença renal, utilizadas na avaliação da QVRS das pessoas em diálise.

Em relação aos escores médios, encontrou-se variação entre 32,3 e 95,7, como podem ser observados na Tabela 6. Sabendo-se que não há parâmetros para quantificação da QVRS padronizados, interpretaram-se os resultados dos maiores escores médios das dimensões, que mais se aproximavam de 100, como melhor QVRS e quanto menores os escores das dimensões que mais se aproximavam de zero, como pior a QVRS.

As dimensões que obtiveram maiores escores médios foram: estímulo por parte da equipe de diálise (95,7), suporte social (86,4) e função cognitiva (83,2).

A dimensão que obteve maior escore médio do KDQOL-SF<sup>TM</sup> foi estímulo por parte da equipe de diálise. Essa dimensão é composta por dois itens que verificam o quanto são verdadeiras as afirmações: “o pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível”; “o pessoal da diálise me ajudou a lidar/enfrentar com minha doença renal”. Nos resultados deste estudo, não foram encontradas associações entre esta dimensão e as variáveis independentes investigadas.

É essencial que o paciente encontre profissionais com os quais possa se comunicar e ter suas necessidades respondidas, pois somente assim irão ter acesso aos cuidados de saúde de que necessitam (COHEN et al., 2007).

Os pacientes deste estudo tinham consultas mensais para acompanhamento do tratamento. Estas consultas eram realizadas individualmente pela enfermeira e pelo médico, os quais abordavam orientações direcionadas ao cuidado, os resultados de exames laboratoriais, bem como dúvidas sobre a dieta ou efeito das medicações. Este acompanhamento individualizado possivelmente desenvolve a relação de vínculo com a equipe, proporcionando ao paciente confiança e segurança no tratamento.

Tal resultado também foi encontrado no estudo de Molsted et al. (2007) que, mensalmente, avaliavam além dos parâmetros clínicos alguns aspectos de sua condição de saúde como capacidade de realizar atividades cotidianas, hábitos alimentares e funcionamento intestinal. A partir desses dados, o paciente poderia ser reorientado quando necessário ou estimulado a continuar procedendo da mesma forma.

A sensação de segurança resultante do acompanhamento individualizado e contínuo e a maior proximidade com a equipe responsável pelo monitoramento de seu tratamento podem ter funcionado como estímulo para o melhor enfrentamento da doença e do tratamento, bem como na continuidade do cuidado de modo independente pelos pacientes em DP.

Cabe ainda ressaltar que os pacientes de um dos serviços traziam por escrito um diário de como tinham ocorrido as trocas de bolsas em domicílio, o que pareceu facilitar a visualização do que acontecia com o tratamento quando ele não estava na unidade de diálise, tornando assim a consulta de enfermagem mais objetiva e embasada na realização do ensino e no esclarecimento de possíveis dúvidas.

Os pacientes em DP em geral apresentam maior satisfação com a equipe médica e de enfermagem do que aqueles em HD. A DP, por ser uma terapia autoadministrada, aumenta a autoestima dos pacientes que recebem mais capacitação e educação sobre sua doença e assim se relacionam melhor com a equipe de enfermagem. A DP por ser realizada no domicílio também não obriga o paciente a permanecer por muito tempo na unidade de diálise e a ser transportado depois de cada sessão como ocorre na HD (PANAGOPOULOU et al., 2009).

Ao estudar as variáveis com maior peso na satisfação do paciente, Meca et al. (2007) observaram que na DP a comunicação dos profissionais da unidade com os familiares e informações sobre a medicação e aspectos relacionados à responsabilidade na realização da técnica foram destacadas pelos pacientes.

Apesar do alto escore médio encontrado na dimensão de QVRS, estímulo por parte da equipe de diálise, mostra-se relevante o contínuo investimento na capacitação e atualização dos profissionais que atuam diretamente com estes pacientes em função do caráter crônico da doença e do tratamento. Foi observado o quanto o apoio da equipe é importante para o enfrentamento da doença e do tratamento pelos pacientes em DP.

Viver com uma condição crônica de saúde, especificamente a DRC terminal, resulta em uma série de mudanças nas vidas dos pacientes e seus familiares, requerendo a busca de estratégias de enfrentamento, impondo dificuldades que nem sempre a família ou a equipe de saúde estão preparadas para contribuir e, principalmente, compreender (REDER; GAMA; JEREMIAS, 2008). Uma equipe preparada, além de contribuir para a utilização de estratégias de

enfrentamento efetivas para a nova condição de vida imposta pela DP, provê benefícios diretos decorrentes da adesão do paciente ao tratamento.

O segundo maior escore médio encontrado foi na dimensão suporte social. Esta dimensão é composta por dois itens que verificam o quanto o paciente está satisfeito com o tempo que passa com a família e amigos e o com o apoio que recebe da família e amigos. Tem sido colocado que o suporte social pode ter efeito protetor sobre a saúde do paciente que o tem, quando comparado com aqueles que vivem em isolamento social (HOUSE, 2001).

O apoio social é um importante fator de risco modificável em uma variedade de doenças crônicas, incluindo doença renal terminal. Melhorias no suporte social entre pacientes com doença renal terminal podem levar à redução nos níveis de sintomas depressivos e podem aumentar a percepção do paciente de sua qualidade de vida. Este resultado pode levar à melhora da sobrevida, aumentando a adesão do paciente à terapia prescrita (COHEN et al., 2007; HOUSE, 2001).

O apoio social tem mostrado alívio de sintomas depressivos em pacientes com doenças crônicas, seja prestado emocionalmente ou funcionalmente, e tem efeito protetor. Esta observação é especialmente verdadeira para aqueles pacientes com cônjuge (HOUSE, 2001).

Molsted et al. (2007) mencionam a relevância do suporte social para os pacientes em DP em função de a maioria ter companheiro. Os resultados do atual estudo também sugerem tal associação, já que a maioria dos pacientes tinha companheiro. Zillmer (2009) reforça que a família ou a relação de casal na maior parte das vezes está incluída na rede de suporte desses pacientes.

Para os indivíduos casados, a principal fonte de apoio social pode ser seu esposo ou outra pessoa significativa como o cuidador, um amigo ou outra fonte de apoio emocional. O maior apoio social está associado à melhora na depressão, na adesão ao tratamento e na sobrevida (HOUSE, 2001); se por um lado os indivíduos casados deveriam ter melhores resultados de saúde, com menores taxas de depressão e de mortalidade em comparação com indivíduos não casados, por outro lado, as relações conjugais detentoras de conflitos interpessoais desencadeiam estresse e alterações fisiológicas e podem estar associadas com pior estado psicológico e piores resultados de saúde. Estar casado, por si só, não é o que parece ser benéfico para a saúde, mas sim a qualidade do casamento (COHEN et al., 2007).

Buscar o serviço de saúde sem uma rede de apoio pode apresentar desafios significativos para os pacientes, particularmente aqueles que vivem com doenças crônicas que afetam as habilidades funcionais (COHEN et al., 2007).

Idosos atribuíram maiores escores para a dimensão suporte social, quando comparados aos adultos. Os idosos possuem maiores demandas de apoio para satisfazerem suas necessidades relacionadas ao processo do envelhecimento, à DRC e à DP. À medida que se aumenta a idade, os escores de QVRS na dimensão suporte social melhoram também para pacientes em hemodiálise (KUSUMOTA, 2005).

A dimensão que obteve o terceiro maior escore médio do KDQOL-SF™ foi a função cognitiva. Esta dimensão indica prejuízo de pensamento, para tanto é composta por três itens que verificam por quanto tempo os pacientes, nas últimas quatro semanas, a contar da data da entrevista, demoraram para reagir às situações que aconteceram ou foram ditas; tiveram dificuldade para se concentrar e pensar e sentiram-se confusos.

Os pacientes deste estudo responderam satisfatoriamente a uma avaliação cognitiva prévia como critério de inclusão, o que resultou em uma pré-seleção. O alto escore médio obtido nesta dimensão não está em consonância com a literatura científica que indica a função cognitiva como um aspecto prejudicado para o paciente renal crônico associado a alguns fatores de risco vasculares e não vasculares (MADERO; GUL; SARNAK, 2008; PEREIRA et al., 2005; RADIC et al., 2010).

Pacientes em diálise peritoneal apresentam perdas cognitivas e declínio na fluência verbal (LIMA et al., 2007). No entanto, os pacientes em DP apresentam melhor função cognitiva, quando comparados com aos pacientes em HD (MADERO; GUL; SARNAK, 2008; RADIC et al., 2010).

Ainda que o escore médio desta dimensão tenha sido elevado, foram encontrados resultados clinicamente significativos na diferença dos escores médios para adultos e idosos. A correlação inversa, encontrada entre a idade e a dimensão função cognitiva, é confirmada na literatura científica (MADERO; GUL; SARNAK, 2008; PEREIRA et al., 2005).

Neste estudo foi observada significância estatística para a diferença dos escores médios da dimensão função cognitiva entre os pacientes que tinham e os que não tinham trabalho. A atividade laboral tem papel determinante no equilíbrio

psicológico do ser humano, já que o mantém vinculado à realidade, e tem implicações diretas nas condições fisiológicas, psíquicas, mentais e sociais do indivíduo (CARRERA; MARCON, 2003).

Apesar de terem sido altos os escores médios da QVRS, na dimensão função cognitiva, foi observada correlação inversa com as variáveis número de comorbidades e número de complicações.

O grande número de pacientes com hipertensão arterial e diabetes *mellitus* neste estudo, condições clínicas que se associam a lesões vasculares, pode causar prejuízos na função cognitiva (LIMA et al., 2007).

A anemia, encontrada em 45 pacientes, também causa prejuízos cognitivos. Segundo Pereira et al. (2005), existem várias explicações para a anemia ser um fator de risco para o dano cognitivo, como a diminuição nos níveis de hematócrito que leva à diminuição do fornecimento de oxigênio para o cérebro, com um efeito prejudicial no metabolismo cerebral, também pode ocorrer aumento das toxinas urêmicas à medida que o fluxo sanguíneo tende a aumentar com a queda no nível de hematócrito, com esse aumento do fluxo sanguíneo, a pressão intracraniana pode aumentar o edema cerebral.

Além da presença dessas doenças, o paciente com DRC é frequentemente usuário de “polifarmácia”, e muitas drogas de uso frequente na prática clínica afetam a cognição (LIMA et al., 2007).

As dimensões que obtiveram menores escores médios foram: situação de trabalho (32,3), função física (36,9) e sobrecarga da doença renal (46,2).

A dimensão que apresentou menor escore foi a situação de trabalho (32,3). Apesar de a DP ser considerada uma modalidade de tratamento dialítico que possibilita maior independência e, por assim ser, proporciona maiores chances do paciente se manter no mercado de trabalho, Godoy; Balbinotto Neto e Ribeiro (2006) mencionam que tais pacientes sofrem graves prejuízos na atividade laboral.

Lara e Sarquis (2004) referem que o tempo que o paciente renal crônico utiliza para lidar com a doença e com os possíveis problemas que o tratamento ocasiona é um fator dificultador no desempenho laboral, atividade comum no cotidiano da maioria da população. Colocam também que o comprometimento físico e as alterações fisiológicas decorrentes dos problemas renais crônicos podem resultar em dificuldades no cumprimento da jornada de trabalho exigida ou na realização das atividades requeridas no trabalho.

Essa dimensão avalia as dificuldades relacionadas ao trabalho por meio de dois itens que verificam se os pacientes tiveram trabalho remunerado, nas últimas quatro semanas, e se a saúde impossibilitou de exercer essa atividade.

A situação de trabalho apareceu tão prejudicada nesta população que a diferença esperada entre as médias de pacientes adultos e idosos, em função das limitações impostas pelo processo de envelhecimento, não apareceu de forma significativa. Carrera e Marcon (2003) consideram que a atividade laboral é um aspecto que deve ser abordado pelos profissionais de saúde, já que essa doença se manifesta em diversas faixas etárias, em especial na fase produtiva da vida das pessoas, afetando assim o cotidiano desses pacientes e de suas famílias.

Vale ressaltar que a maior parte dos pacientes deste estudo era aposentada e, destes, 17 eram adultos o que corrobora com as considerações do estudo citado anteriormente. O grande número de pessoas em fase economicamente produtiva com DRC terminal é também evidenciado na população brasileira em diálise como mostram os achados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2008), sendo que 62,1% dos pacientes em diálise tinham entre 20 e 59 anos de idade, o que certamente contribui para a saída precoce destes pacientes do mercado de trabalho.

Os pacientes com DRC terminal que tiveram comparada a atividade laboral desenvolvida antes e depois do início da doença revelam que a maioria experimentou mudanças, em decorrência das limitações que a doença e o tratamento lhes impuseram, necessitando segundo eles de alguns tipos de adaptação, além de colaboração de familiares e/ou empregadores (CARRERA; MARCON 2003).

Hirth et al. (2003) destacam que os impedimentos para a atividade laboral encontrados pelos pacientes com DRC terminal são: condição física e emocional debilitada, a convivência com a doença, a preocupação com a perda de benefícios relativos à fonte de renda, as exigências dos tratamentos dialíticos, bem como a escolha da modalidade de tratamento que pode afetar, de modo significativo, a capacidade e o desejo de trabalhar do indivíduo. Segundo as estimativas obtidas por esses autores, dos pacientes em DP, 51,3% teriam chances de estarem empregados enquanto dos pacientes em HD apenas 32,2% teriam tais chances.

Embora prejudicada, esta dimensão apresentou escore médio mais elevado para os pacientes que realizavam DPA. A melhor condição de trabalho



experimentada pelos pacientes nesta modalidade corrobora com os achados do estudo prospectivo, multicêntrico e randomizado que, ao comparar os tratamentos DPA e DPAC, constatou que os pacientes em DPA tinham mais tempo para o trabalho, a família e as atividades sociais (BRO et al. 1999).

Foi encontrada correlação inversa moderada desta dimensão com número de comorbidades, resultado este confirmado na análise bivariada entre a dimensão situação de trabalho e diabetes *melittus*. Tais resultados podem ser inferidos pelo aumento das restrições impostas pela doença, a exemplo do déficit visual que, por si só, constitui um dificultador das atividades cotidianas e laborais e que apresentou significância estatística neste estudo.

No estudo de Bakewell, Higgins e Edmunds (2002), foi encontrada associação de comorbidades com piores escores para funcionamento físico, situação de trabalho, função social, bem-estar emocional e função cognitiva, sendo que a doença mais comum entre os pacientes deste estudo era a diabetes uma das também encontradas em grande número de pacientes no presente estudo juntamente com hipertensão arterial e anemia.

A participação no mercado de trabalho pode melhorar a QV como um todo, podendo contribuir tanto com os aspectos sociais de redução da incapacidade de trabalhar e das perdas econômicas envolvidas numa cessação desnecessária e involuntária do trabalho, quanto com os aspectos inerentes ao indivíduo das perdas financeiras, de isolamento social e de redução da autoestima que ocorrem ao terem que deixar o trabalho (GODOY; BALBINOTTO NETO; RIBEIRO, 2006).

Apesar das limitações existentes, é preciso que se invista na busca de soluções para a situação de trabalho dos pacientes em tratamento dialítico. De acordo com Carrera e Marcon (2003), a ausência da possibilidade de trabalho constitui uma necessidade humana básica afetada e uma condição de risco para saúde mental do ser humano, sendo assim os profissionais da saúde precisam tentar amenizar essas dificuldades, buscando estratégias que favoreçam e incentivem a reintegração dos pacientes ao mercado de trabalho quando estes têm condições e motivações para tal.

Para tanto, são necessárias, além do apoio destes profissionais, as adaptações e a colaboração por parte dos familiares e, principalmente, da sociedade, de forma que estes pacientes possam ser inseridos no mercado de

trabalho, favorecendo, assim, a oportunidade de ser um indivíduo ativo na sociedade em que vive (CARRERA; MARCON, 2003).

A dimensão que apresentou o segundo menor escore médio foi a função física (36,9). Essa dimensão avalia as limitações no tipo e quantidade de trabalho ou outras atividades, e o quanto as limitações dificultam a realização do trabalho ou outras atividades habituais dos pacientes.

Bro et al. (1999), na Dinamarca, compararam a QVRS entre pacientes em DPAC e DPA utilizando-se o instrumento SF36 que faz parte do KDQOL-SF<sup>TM</sup>, e a função física foi a dimensão mais prejudicada entre aqueles que estavam em DPAC e a segunda mais afetada nos pacientes em DPA depois de energia e fadiga. Resultado semelhante foi apresentado pelo estudo de Wit et al. (2001) na Holanda, no qual a função física foi a segunda dimensão mais afetada nos pacientes em DPA, depois de saúde geral.

Estudo realizado no Brasil mensurando a QVRS de pacientes com DRC terminal em HD e DPA, também segundo o instrumento SF36, demonstrou que a dimensão função física teve menor escore dentre as oito dimensões avaliadas pelo instrumento para os pacientes em DPA (ARENAS et al., 2009).

Alguns estudos, ao comparar a QVRS entre pacientes em HD e DP utilizando-se o instrumento SF36, têm demonstrado a dimensão função física como sendo a que apresenta menor escore para pacientes em DP (DIAZ-BUXO, 2000; LAUSEVIC et al., 2007; LIEM et al., 2007; MERKUS et al., 1997; ZHANG et al., 2007; SAYIN, MUTLUAY, SINDEL, 2007

Os pacientes do sexo masculino apresentaram menor escore médio na dimensão função física, situação encontrada também no estudo de Bakewell, Higgins e Edmunds (2002).

Pode-se observar na Tabela 9, na dimensão função física, o fato de não ter trabalho corresponde a ter escores médios menores para adultos e idosos, o que demonstra relação com a primeira dimensão apresentada situação de trabalho. Acredita-se que a função física prejudicada deve interferir não só nas atividades do cotidiano do paciente bem como na disposição para a realização das atividades laborais. As complicações físicas assim como fadiga e sono prejudicado podem resultar em um baixo nível de funcionamento físico que pode contribuir para dificuldades nas atividades da vida diária, menor participação social, de lazer, além de estar associado com a pior QVRS e maior morbidade e mortalidade.

No estudo de Blake et al. (2000) realizado na Irlanda, verificou-se a relação do trabalho e QVRS em pacientes com DRC terminal. Foi observada que a taxa de desemprego entre estes pacientes era cinco vezes maior que a taxa nacional, que o desemprego estava associado com a redução dos domínios físicos de QVRS, sendo a dimensão função física a que apresentou menor escore. A situação de trabalho estava correlacionada com alto número de comorbidades, empregos com grande exigência física e funcionamento físico prejudicado, também foi encontrada naquele estudo alta prevalência de doenças musculoesqueléticas que certamente impactou no funcionamento físico.

As melhorias no funcionamento físico e psicossocial podem funcionar como medidas preventivas na perda do trabalho para pacientes renais crônicos inseridos no mercado, quando iniciam a diálise (VAN MANEN et al., 2001).

Neste estudo foi encontrada correlação inversa moderada entre a dimensão função física e o número de complicações, também evidenciada na análise bivariada para fraqueza e déficit visual. No modelo de regressão linear múltipla, quando controlada para outras variáveis como idade, trabalho, diabetes e tipo de DP, a dimensão função física apresentou associação com número de comorbidades e complicações. Tal resultado confirma o impacto negativo das comorbidades e complicações dos pacientes renais crônicos na QVRS, segundo a dimensão função física.

A função física é um aspecto extremamente importante para a manutenção do autocuidado na DP. O componente físico foi apontado por Valderrábano (2000) como preditor de morbidade e mortalidade.

Martinez-Castelao et al. (2004) compararam dois grupos de pacientes em diálise, os diabéticos e os não diabéticos, e constataram que a presença de diabetes é um fator que contribui para a redução da QVRS, sendo que a dimensão do SF36 que apresentou menor escore para os pacientes diabéticos foi a função física. A diabetes tem sido apontada como um fator que impacta a QVRS dos pacientes em diálise por comprometer os aspectos físicos dos pacientes (SESSO; RODRIGUES NETO; FERRAZ, 2003).

A dimensão do KDQOL-SF<sup>TM</sup> que obteve o terceiro menor escore médio neste estudo foi sobrecarga da doença renal (46,2). Essa dimensão é composta por quatro itens que verificam até que ponto são verdadeiras as afirmações para os pacientes: 12a- a doença renal interfere demais com a vida; 12b- muito do tempo é

gasto com a doença renal; 12c- sente-se decepcionado em lidar com a doença renal; 12d- sente-se um peso para a família.

A condição crônica de saúde vivida pelos pacientes com DRC terminal, além de ser uma situação estressante por si só, implica também em mudanças no estilo de vida, na energia física, na aparência pessoal bem como na necessidade de um regime de tratamento, que também são vistos por estes pacientes como estressores (BERTOLIN et al., 2007). De acordo com Pucheu et al. (2004), tanto o impacto das condições clínicas sobre o bem-estar físico e psicológico do paciente quanto a falta de mecanismos de enfrentamento para lidar com o estresse causado pela doença e regime de tratamento poderiam explicar os baixos escores de QV em uma população em DP.

Embora os pacientes com DRC terminal tenham sido beneficiados pela constante modernização da tecnologia do tratamento dialítico, as modalidades de diálise ainda não são capazes de substituir de forma idêntica a função fisiológica dos rins, o que pode, com o passar dos anos, influenciar a QVRS destes pacientes. O acúmulo dos anos em TRS foi referido por Bakewell, Higgins e Edmunds (2002) como um fator de sobrecarga para o paciente que, além de tornar-se mais debilitado em função da progressão da doença, acaba por ficar também frustrado com o tempo gasto lidando com a doença e pela forma com que esta interfere em sua vida.

Os pacientes que entendem a DRC como um fator negativo em sua vida, avaliando sua saúde como ruim, são mais propensos a desenvolverem o autocuidado não adequado e a terem menor adesão ao tratamento (KUTNER et al., 2002; THONG et al., 2008).

Como já foi exposto, a DRC terminal bem como o tratamento repercutem, ao indivíduo e à família, em uma série de mudanças. Cabe aos profissionais da saúde atuarem junto a estes pacientes e família por meio de ações que possam ajudar o paciente a desenvolver uma imagem positiva, buscar conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, ajudando-os a desenvolver novas formas mais eficazes de enfrentar sua doença e tratamento. É preciso destacar que tais estratégias são individuais, podem sofrer mudanças com o tempo e geralmente tem sua eficácia atrelada à situação vivida. Os profissionais podem auxiliar os pacientes na descoberta de novas maneiras de viver dentro de seus limites e a desenvolver um estilo de vida que lhe permita assumir a responsabilidade

por seu tratamento e sua vida, amenizando assim a sobrecarga imposta pela DRC (CARRERA; MARCON, 2003; CHENG et al. , 2002; LINDQVIST; SJODÉN, 1998).

Por se saber da importância do apoio social desempenhado pelo companheiro ao paciente em diálise, é necessário que o enfermeiro também esteja atento às formas de enfrentamento que este companheiro utiliza para lidar com a situação da DRC terminal e o tratamento do paciente. O companheiro que enfrenta de forma saudável a condição de seu cônjuge poderá ajudá-lo na melhor adaptação neste processo. É recomendada a organização de grupos de apoio aos companheiros e familiares, para favorecer a troca de experiências, bem como a realização de consultas individuais com o enfermeiro e outros profissionais da saúde com a finalidade de auxiliá-los na busca de mecanismos apropriados para o enfrentamento (LINDQVIST; CARLSSON; SJODÉN, 2000).

Outro fator que pode contribuir para a redução da sobrecarga imposta pela DRC é a escolha de uma modalidade de tratamento que seja adequada ao estilo de vida do paciente.

Os pacientes mais ativos, que buscam informações e superação frente aos obstáculos, podem se beneficiar com um tratamento que exija sua maior participação, como a DP, enquanto os pacientes mais passivos que têm tendência a transferir as responsabilidades, evitando enfrentar diretamente as dificuldades, podem se adequar melhor à HD, sendo assim optar por um tratamento que esteja adequado aos padrões de enfrentamento dos estressores aumenta as possibilidades de adesão ao tratamento e melhora na QV do paciente (DIAZ-BRUXO et al., 2000; PUCHEU et al., 2004).

No atual estudo, a modalidade DPA se mostrou com pior escore de QVRS que a modalidade da DPAC para a dimensão sobrecarga da doença renal, ilustrada na Tabela 14, a associação da variável independente tipo de DP e a dimensão sobrecarga da doença renal em um modelo de regressão linear múltipla, no qual foram controladas outras variáveis: idade, trabalho, ter diabetes e número de comorbidades e complicações. Especula-se que o maior nível de escolaridade dos pacientes em DPA influenciou na atribuição de piores escores de QVRS, em especial para esta dimensão, uma vez que as perdas decorrentes da DRC e DP possam ser supervalorizadas pelos pacientes com maiores níveis de instrução.

De acordo com Oliveira et al. (2008), as respostas adaptativas são individuais e sofrem influência de diversos fatores como personalidade, história de

vida anterior, processo cognitivo e de significação do seu processo de adoecimento e tratamento. Segundo esses autores, a forma como os sentimentos de perda e insegurança ocasionados pela doença e tratamento são encarados, interfere diretamente na QV do paciente, pois irão determinar a adesão ou não ao tratamento.

As variáveis independentes complicações físicas e comorbidades apresentaram associação com a dimensão sobrecarga da doença renal na análise bivariada e no modelo de regressão linear múltipla.

A idade por si só não demonstrou associação com a dimensão de QVRS em questão, mas sabe-se que os idosos, além de manifestarem alterações físicas decorrentes do processo de envelhecimento, estão mais propensos a desenvolverem doenças crônicas concomitantes. Pacientes idosos com DRC terminal geralmente têm um número elevado de comorbidades não apenas relacionado às doenças vasculares, mas também a várias outras doenças e ou complicações comuns entre os idosos, incluindo prejuízo visual, auditivo, mobilidade prejudicada, artrite e problemas cognitivos. Tais fatores correspondem a problemas para qualquer modalidade dialítica (BROWN, 2008). Estes problemas podem se somar à DRC terminal e ao tratamento, aumentando a sobrecarga da doença renal.

As variáveis comorbidades e complicações impactaram negativamente a QVRS nas dimensões funcionamento físico, função física e sobrecarga da doença renal.

A diabetes tem sido investigada como um fator prejudicial para a QVRS dos pacientes em tratamento dialítico, especialmente por comprometer os aspectos físicos dos pacientes (SESSO; RODRIGUES NETO; FERRAZ, 2003). A diabetes está associada a várias complicações além da nefropatia tais como, retinopatia, neuropatia e vasculopatia periféricas que também podem comprometer a QVRS (SMELTZER; BARE, 2008).

É sabido que a maior parte das doenças crônicas não tratadas adequadamente progride com complicações crônicas e debilitantes, assim como a diabetes, e impactam a QVRS dos pacientes. É válido destacar, com os resultados deste estudo, que condições comórbidas e complicações físicas, a exemplo do déficit visual e da fraqueza dificultam o autocuidado na DP e repercutem em maior sobrecarga da doença renal.

É essencial que se conheça o perfil dos clientes em tratamento dialítico, para que os profissionais possam planejar ações individuais no sentido de promover

saúde, diminuir os riscos de complicações provenientes do tratamento por DP e, conseqüentemente, proporcionar melhor QV aos clientes dependentes desta terapia (ZILLMER, 2009).

Nessa modalidade, o paciente é também responsável pela qualidade de seu tratamento, ou seja, pela realização do autocuidado. O processo ensino-aprendizagem do paciente e da sua família/cuidador para adoção de hábitos de higiene adequados e a correta realização do procedimento (troca das bolsas) constituem importantes medidas na prevenção de complicações como as peritonites (ZILLMER, 2009).

O homem, por influências culturais, pode ter mais dificuldades em se tornar sujeito de seu próprio cuidado e ao delegar esta função à família pode sentir-se um peso para a rotina familiar. Tal condição atrelada ao fato do afastamento do emprego resulta na perda da função de provedor do lar e aumenta a sensação de sobrecarga imposta pela DRC e tratamento.

Os homens têm mais dificuldade de adaptação às mudanças decorrentes da doença crônica, em função de seu papel como chefe de família. O homem que fica desempregado em virtude de DRC terminal pode sentir a maior carga de doença que uma mulher (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002).

Por se saber da importância do trabalho na vida do indivíduo, como já discutido previamente neste estudo, e por constatar que a variável trabalho foi estatisticamente significativa para dimensão sobrecarga da DRC, pode-se confirmar o quanto a DRC terminal e seu tratamento afetam a QVRS do paciente. O trabalho tem sido visto como um importante fator na melhora da QVRS de pacientes com DRC terminal (BURKART, 2001). Por outro lado, é possível inferir que os pacientes com melhores escores para sobrecarga da doença e tratamento têm maiores possibilidades de continuar desenvolvendo atividades laborais.

Ao analisar os escores médios das dimensões de QVRS entre adultos e idosos, no presente estudo, não foram encontradas grandes diferenças e tampouco um padrão nas respostas. Em um estudo no qual os grupos de pacientes de HD foram comparados com a população saudável, os pacientes mais idosos tiveram resultados mais próximos aos do grupo da população saudável, sugerindo a melhor aceitação das limitações da doença de pacientes com maior idade, talvez esta também seja a situação vivenciada pelos pacientes em DP atendidos em Ribeirão Preto que, apesar das dificuldades impostas pelo processo do envelhecimento,

tendem a atribuir escores mais altos para as dimensões de QVRS (IFUDU et al., 1998).

A dimensão que apresentou diferença estatisticamente significativa entre adultos e idosos foi funcionamento físico. Essa dimensão avalia as limitações em atividades devido à condição de saúde, é composta por dez itens que questionam a respeito do grau de dificuldade (muita dificuldade, pouca dificuldade ou nenhuma dificuldade) para realizar desde atividades que requerem muito esforço até o autocuidado tais como, praticar esportes, varrer o chão, levantar e carregar compras de supermercado, subir escadas, inclinar ou curvar o corpo, caminhar e tomar banho. Esta dimensão é nomeada no SF-36 como capacidade funcional.

A capacidade funcional do idoso é definida como “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma” (VERAS, 2009, p. 550). E a incapacidade funcional pela “presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las” (ROSA et al., 2003, p. 41).

As mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, associadas à prevalência de doenças crônicas, podem resultar na capacidade prejudicada para a realização das atividades de vida diária, influenciando a independência e a autonomia do idoso (SANTOS, 2008). Esta condição própria do idoso pode ter influenciado em uma pontuação menor para os escores médio da dimensão funcionamento físico que avalia as limitações para desempenhar as atividades devido à condição de saúde.

De acordo com Blake et al. (2000), o funcionamento físico pode ser influenciado também pela presença de comorbidades, pela modalidade de tratamento, idade, sexo, presença de anemia e estado nutricional.

A realização das atividades diárias de adultos e idosos com DRC terminal pode ser limitada pelas incapacidades físicas e emocionais advindas da doença e tratamento (KUSUMOTA et al. 2008).

Dois outros grupos foram comparados neste estudo, pacientes em DPAC e DPA. Os autores Li, Chung e Chow (2007) destacaram previamente a falta de dados científicos comparativos entre os tipos de DP. Não se tem conhecimento da existência de outros estudos que tenham comparado a QVRS de pacientes em tratamento por DPAC e DPA, utilizando o instrumento KDQOL, e que pudessem embasar esta discussão. Especula-se que, neste estudo, a pequena diferença



encontrada entre a QVRS dos pacientes dessas duas modalidades possa ser explicada pelo fato de os pacientes apresentarem perfis semelhantes. De acordo com Pucheu et al. (2004), a modalidade de tratamento manual ou automática não representará maiores contribuições para a QV.

Os estudos que compararam a QVRS de pacientes em DPA e DPAC, utilizando o SF-36, não encontraram diferenças estatisticamente significantes entres as modalidades (BRO et al., 1999; LAM et al., 2008; NEYRA, SEGURA, ESPEJO, 2008;). No entanto, tais estudos fizeram algumas considerações sobre estas modalidades que merecem ser destacadas.

Lam et al. (2008) que realizaram um estudo na Índia com 18 pacientes em DPAC e DPA perceberam uma tendência a escores maiores de vitalidade, funcionamento social e nas escalas de saúde mental nos pacientes em DPA.

No estudo de Neyra, Segura e Espejo (2008), realizado na Espanha com 89 pacientes, todas as médias encontradas nos pacientes em DPA eram mais altas.

E por fim, um estudo multicêntrico e randomizado realizado por Bro et al. (1999) na Holanda, comparando a QVRS destes pacientes, também não encontrou significância estatística, mas mostrou que os pacientes em DPA relataram ter mais tempo para o trabalho, família e atividades sociais em comparação com aqueles em DPAC, embora tenha havido uma tendência entre os pacientes em DPA de terem mais problemas relacionados ao sono.

Wit et al. (2001) utilizaram além do SF-36 mais três instrumentos para avaliar a QVRS de pacientes em DP, na Holanda, e constataram que estes pacientes apresentaram prejuízo componente físico quando comparados à população geral e não apresentaram diferença quanto ao componente emocional e encontraram os aspectos mentais ligeiramente superiores nos pacientes em DPA em relação àqueles em DPAC, quanto aos escores do SF-36 apenas a dimensão função social apresentou-se estatisticamente significativa para aqueles em DPA.

Ao avaliar a QVRS de pacientes em HD, DPAC e DPA, Diaz-Brujo e et al. (2000) observaram que os pacientes em DPA acreditam ter mais prejuízos físicos e melhor ajuste emocional que aqueles em HD e DPAC.

De forma geral, os resultados do atual estudo apresentados e discutidos remetem à reflexão da sua abordagem em especial das variáveis: idade, trabalho, comorbidades e complicações influenciando na QVRS dos pacientes em DP. Os

profissionais atuantes com estes pacientes, em especial os enfermeiros, podem incluir medidas específicas no cuidado, a fim de melhorar a QVRS.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Em concordância com as considerações de pesquisadores especialistas na área da QV de pacientes renais crônicos, são relevantes, neste momento de finalização, o reforço e a citação de algumas contribuições importantes para otimizar a assistência ao adulto e ao idoso em DPAC e em DPA.

Segundo Unruh; Weisbord; Kimmel (2005), a utilização de instrumentos para a avaliação da QVRS tem permitido que sejam descritas algumas mudanças que ocorrem na saúde global do paciente bem como determinar as suas percepções com relação aos tratamentos. Estas descrições podem ajudar os profissionais da área da nefrologia a informar aos pacientes sobre as diferenças entre as modalidades de diálise, auxiliando-os na decisão pelo tipo de tratamento, bem como na preparação para as mudanças de vida que ocorrem com tais intervenções.

Além de subsidiar a escolha da modalidade de tratamento dialítico mais adequada a cada paciente, a mensuração da QVRS tem possibilitado avaliar as respostas ao tratamento e identificar problemas prioritários com adequação das intervenções. A literatura aponta alguns fatores a serem explorados na otimização do atendimento dos pacientes em diálise, dentre eles a comunicação interpessoal entre pacientes e profissionais de saúde com abordagem de aspectos pontuais da convivência particular de cada paciente com a doença e o tratamento (KALANTAR-ZADEH; UNRUH, 2005).

Outro aspecto importante a ser trabalhado é a estimulação da participação ativa do idoso em seu tratamento, tendo em vista as especificidades advindas do processo de envelhecimento. Para tanto, o enfermeiro deve utilizar estratégias que se adaptem ao processo de ensino-aprendizagem do paciente idoso, tais como a realização do ensino em sessões de curta duração por um período mais prolongado, em comparação ao ensino do adulto (BROWN, 2008; HO-DAC-PANNEKEET, 2006); utilização de linguagem acessível; utilização de estratégias e materiais educativos aos quais os idosos tenham melhores respostas no processo de aprendizagem; realização de atualizações repetidas, quando necessário, e realização de reforços positivos constantes. Cabe, também, ao enfermeiro considerar, respeitar os costumes, as crenças e as características individuais dos idosos, na elaboração do plano de cuidados, e realizar avaliação formativa e adaptações pertinentes no plano.

O enfermeiro, também, tem um papel preponderante no estímulo ao alcance e manutenção do maior nível de independência e autonomia do idoso, o que é benéfico para a manutenção da sua saúde, bem como para minimizar a sobrecarga imposta ao cuidador.

No estudo, os idosos atribuíram maiores escores para a dimensão suporte social, quando comparados aos adultos, e possuem maiores demandas de apoio para satisfazer suas necessidades relacionadas ao envelhecimento, à DRC e DP.

Por entender a importância do apoio social na vida dos pacientes em diálise e as implicações clínicas do diferentes tipos de apoio, os profissionais da saúde deveriam trabalhar no sentido de melhorar o apoio social com base nas necessidades dos pacientes, organizando, por exemplo, grupos nos quais os pacientes que realizam DP tivessem a oportunidade de ter maior interação social, trocar experiências, ter mais informações relevantes sobre as mudanças no estilo de vida advindas da doença e tratamento, auxiliando no processo de enfrentamento dos pacientes em DP. Seria, também, importante que os familiares/cuidadores pudessem ter momentos em grupo para compartilhar com outras pessoas que vivem a mesma situação sobre eventuais conflitos que possam surgir durante o processo de adaptação ao tratamento bem como mudanças de estilo de vida, para obtenção de melhores condições para auxiliar o paciente em DP.

A DP, por ser uma modalidade de diálise que tem se mostrado eficaz e eficiente, assim como a HD, deve ser apresentada e prescrita aos pacientes que tem indicação. Este estudo demonstrou resultados semelhantes à pesquisa com pacientes de Ribeirão Preto em HD (KUSUMOTA, et al., 2008), portanto tanto a DPAC quanto a DPA são modalidades que possibilitam aos pacientes viverem e se manifestarem de forma parecida com os em HD. É necessária a adoção de estratégias públicas para prevenir a DRC, bem como estimular a inserção de maior número de pacientes em DP e não somente em HD, situação evidenciada no quadro nacional atual.

A seguir, são apresentadas as conclusões obtidas ao longo do desenvolvimento deste estudo:

- A maioria dos pacientes do estudo era idosa, fato esperado para um futuro próximo no mundo.

- Foi evidenciado o crescimento da utilização da DPA, enquanto TRS, em comparação à DPAC, apesar desta última ainda ser o tipo de DP utilizado pela maior parte dos pacientes do estudo.
- As dimensões que obtiveram maiores escores médios, refletindo melhor QVRS, foram: estímulo por parte da equipe de diálise, suporte social e função cognitiva.
- As dimensões que obtiveram menores escores médios, refletindo pior QVRS, foram: situação de trabalho, função física e sobrecarga da doença renal.
- Foi encontrada pequena variação nas dimensões da QVRS entre os grupos de pacientes em DPAC e em DPA, o que tornou inviável indicar qual tipo de DP reflete melhor ou pior QVRS, segundo as dimensões avaliadas.
- Das análises bivariadas, foram identificadas as variáveis que tiveram maior impacto na QVRS: a idade, o trabalho, as comorbidades e as complicações.
- Da análise multivariada foram identificados os fatores que se associaram, impactando negativamente nas dimensões da QVRS, respectivamente: maior idade em funcionamento físico; ter diabetes em sobrecarga da doença renal; realizar DPA em sobrecarga da doença renal; maior número de comorbidades e complicações em funcionamento físico, em função física e em sobrecarga da doença renal.

Os resultados deste estudo podem favorecer o atendimento das necessidades e peculiaridades dos pacientes em DP, contudo as contribuições alcançadas não encerram a necessidade de pesquisas relacionadas à QVRS de pacientes em DP, já que um universo de fatores não contemplados pela proposta deste estudo pode interferir na QVRS dos adultos e idosos em DP. Acredita-se assim, que estes resultados abrem oportunidades para trabalhos futuros, tais como: as possíveis relações entre as dimensões da QVRS de pacientes em DP e índices de morbidade e mortalidade, a relação dos diferentes tipos de suporte social com a QVRS dos pacientes em DP, a avaliação do enfrentamento da doença e tratamento

pelos pacientes em DP identificando quais as possíveis relações destes com a piora ou melhora da QV, a comparação da QVRS de pacientes em DP com a população geral, bem como estudos longitudinais que possibilitem analisar a dinâmica de influência de variáveis independentes na QVRS.





ABENSUR, H. Anemia da doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 26-28, ago. 2004. Suplemento 1.

ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 29, n. 2, p. 298-306, 1999.

ANES, E.J.; FERREIRA,P.L. Qualidade de vida em diálise. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública.**,Lisboa, v. temático, n. 8, p. 67-82, 2009.

ARENAS, V.G. et al. Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, p. 535-539, 2009. Número especial.

BAKEWELL, A. B.; HIGGINS, R. M.; EDMUNDS, M. E. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. **Kidney Int.**, New York, v. 61, p. 239-248, 2002.

BASTOS, M. G. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 26, p. 202-215, 2004.

BASTOS, R. M. R. et al. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 40-44, 2009.

BLAKE, C. et al. Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. **J. Nephrol.**, Milano, v. 13, n. 2, p. 142-149, 2000.

BRASIL. **Lei n. 8.842 de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994.

BELASCO, A. et al. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 48, n. 6, p. 955-963, 2006.

BERTOLIN, D. C. et al. Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, p. 179-186, 2008. Número especial.

BOWMAN, G. S.; MARTIN, C. R. Evidence of life quality in CAPD patients and implications for nursing care: a systematic review. **Clin. Eff. Nurs.**, New York, v. 3, p. 112-123, 1999.

BREGMAN, R. Doença renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 11, p. 211-231.

BRO, S. et al. A prospective, randomized multicenter study comparing APD and CAPD treatment. **Perit. Dial. Int.**, Downsview, v. 19, p. 526-533, 1999.

BROW, E. A. Peritoneal dialysis for older people: overcoming the barriers. **Kidney Int.**, New York, v. 73, p. S68-S71, 2008.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BURKART, J. M. Peritoneal dialysis should be considered as the first line of renal replacement therapy for most ESRD patients. **Blood Purif.**, Basel, v. 19, p. 179-184, 2001.

GAGNEY, K. A. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 327-336, 2000.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, P. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 10, p. 88-105.

CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, DC, v. 19, n. 2, p. 128-136, 2006.

CANUSA PERITONEAL DIALYSIS STUDY GROUP. Adequacy of dialysis and nutrition in continuous peritoneal dialysis: association with clinical outcomes. **J. Am. Soc. Nephrol.**, Baltimore, v. 7, n. 2, p. 198-207, Feb. 1996.

CARMICHAEL, P. et al. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-ST<sup>TM</sup> questionnaire. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 9, p. 195-205, 2000.

CARRERA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 823-831, nov.-dez. 2003.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliação através do instrumento genérico S36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”**. 1997. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev. Bras. Reumatol.**, Campinas, v. 43, p. 9-13, 2003.

CHENG, Y. et al. Coping strategies among patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Hong Kong J. Nephrol.**, Hong Kong, v. 4, n. 2, p. 108-113, 2002.

COHEN, S. D. et al. Social support and chronic kidney disease: an update. **Adv. Chronic Kidney Dis.**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 335-344, Oct. 2007.

DIAZ-BUXO, J.A. et al. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 35, p. 293-300, 2000.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. Psiconefrologia: humanização e qualidade de vida.. In: UNIFESP. Escola Paulista de Medicina. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: nefrologia**. Barueri: Manole, 2002. cap. 5, p. 35.

DUARTE, P. S. **Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico – Kidney disease and quality of life – Short form (KDQOL-SF™)**. 2003. 168 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Cultural adaptation and validation of the Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™) in Brazil. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 2, p. 261-270, 2005.

ESPEJO, J. L. M.; SEGURA, F. C.; ENEYRA, M. R. Formación proporcionada a los pacientes de diálisis peritoneal domiciliaria en Espana. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.**, Madrid, v. 11, n. 1, p. 13-19, 2008.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patients- report outcomes**. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FERNANDES, N. et al. The Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study (BRAZPD): characterization of the cohort. **Kidney Int.**, New York, v. 73, p. 145-151, 2008.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of life of hemodialysis patients. **ANNA J.**, Pitman, v. 20, n. 5, p. 575-582, 1993.

FERMI, M. G. V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 27.

FIGUEIREDO, A. E. P. L. Escolha da modalidade de tratamento dialítico: influência na sobrevida da técnica e do cliente. In: LIMA, E. X.; SANTOS, I. (Orgs.). **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro: SOBEN, 2004. p.183-191.

FIGUEIREDO, A. E. P. L. Enfermagem e diálise peritoneal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2006. p. 543-556.

FIGUEIREDO, A. E.; KROTH, L. V.; LOPES, M. H. I. Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. **Sci. Med.**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 198-202, jul.-set. 2005.

FORTES, P. C.; SILVESTRE, L.; PECOITS FILHO, R. Diálise peritoneal automatizada e ambulatorial contínua: comparação dos dois métodos. In: CRUZ, J. et al. **Atualidades em nefrologia**. 10. ed. São Paulo: Sarvier, 2008. p. 349-354.

FUKUHARA, S. et al. Health related quality of life among dialysis patients on three continents: the dialysis outcomes and practice patterns study. **Kidney Int.**, New York, v. 64, p. 1903-1910, 2003.

GARCÍA, M. T. S. et al. Reproducibilidad del test de equilibrio Peritoneal. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.**, Madrid, v. 9, n. 4, p. 299-300, 2006.

GARRATT, A. et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **BMJ**, London, v. 324, p. 1417, 2002.

GÓES JUNIOR, M. A. et al. Diálise no paciente com insuficiência renal crônica: hemodiálise e diálise peritoneal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 27. p. 424-441.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **J. Rheumatol.**, Toronto, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995.

GODOY, M.; BALBINOTTO NETO, G.; RIBEIRO, E. P. **Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil**. 2006. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2006\\_01.pdf](http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2006_01.pdf)>. Acesso em: 8 jul. 2010.

HARRIS, S. A. C. et al. Clinical outcomes and quality of life in elderly patients on peritoneal dialysis versus hemodialysis. **Perit. Dial. Int.**, Downsview, v. 22, p. 463-70, 2002.

HAYS, R. D. et al. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 3, p. 329-338, 1994.

HAYS, R. D. et al. **Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF™), version 1.3**: manual for use and scoring. Santa Monica: RAND, 1997. Disponível em: <<http://www.rand.org/pubs/papers/2006/P7994.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2010.

HIGA, K. et al. Quality of life of patients with chronic renal insufficiency undergoing dialysis treatment. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, p. 203-206, 2008. Número especial.

HIRTH, R. A. et al. Chronic illness, treatment choice and workforce participation. **Int. J. Health Care Finance Econ.**, Boston, v. 3, p. 167-181, 2003.

HO-DAC-PANNEKEET, M. M. PD in the elderly: a challenge for the (pre)dialysis team. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 21, p. ii60–ii62, 2006. Supplement 2.

HOUSE, J.S. Social isolation kills, but how and why? **Psychosom Med.**, New York, v. 63, p. 273-274, 2001.

IFUDU, O. et al. Predictive value of functional status for mortality in patients on maintenance hemodialysis. **Am. J. Nephrol.**, Basel, v. 18, p. 109-116, 1998.

ILHA, L. H.; PROENÇA, M. C. Diálise peritoneal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamentos**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2007/indic\\_sociais2007.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2007/indic_sociais2007.pdf)>. Acesso em: 7 jul. 2010.

JAGER, K. J. et al. The effect on contraindications and patient preference on dialysis modalid selection in ESRD patients in the Netherlands. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 43, n. 5, p. 891-899, 2004.

JACOBOSKWI, J. A. D.; BORELLA, R.; LAUTERT, L. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26,n. 3, p. 381-391, dez. 2005.

JUERGENSEN, E. et al. Hemodialysis and peritoneal dialysis: patients' assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. **Clin. J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v.1, p. 1191-1196, 2006.

KALANTAR-ZADEH, K.; UNRUH, M. Health related quality of life in patients with chronic kidney disease. **Int. Urol. Nephrology**, Budapest, v. 37, p. 367-378, 2005.

KONTODIMOPOULOS, N.; NIAKAS, D. Determining the basic psychometric properties of the Greek KDQOL-SF<sup>TM</sup>. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 14, p. 1967-1975, 2005.

KOREVAAR, J. C. et al. What have we learned about PD from recent major clinical trials? **Perit. Dial. Int.**, New York, v. 27, p.11-5, 2007.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 525-532, 2004.

KUSUMOTA,L. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 150 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KUSUMOTA, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, p. 152-159 , 2008. Número especial.

KUSUMOTA, L. OLIVEIRA, M. P.; MARQUES, S. O IDOSO EM DIÁLISE. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.22, p. 546-50, 2009. Número especial.

KUTNER, N. G. et al. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 17, p. 93-99, 2002.

KUTNER, N. G. et al. Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 20, p. 2159-2167, 2005.

LAM, M.F. et al. Comparative study of adequacy of dialysis and health-related quality of life in patients on CAPD and APD. **Perit. Dial. Int.**, Downsview, v. 28, n. 5, p. 542-544, 2008.

LARA, E. A.; SARQUIS, L. M. M. O paciente crônico e sua relação com o trabalho. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 99-105, 2004.

LAUSEVIC, M. et al. health-related quality of life in patients on peritoneal dialysis in Serbia: comparison with hemodialysis. **Artif. organs.**, Cleveland, v. 31, n. 12, p.901-910, 2007.

LAW, M. Participation in the occupations everyday life. **Am. J. Occup. Ther.**, Boston, v. 56, n. 6, p. 640-649, 2002.

LESSAN-PEZESHKI, M.; ROSTAMI, Z. Contributing factors in health-related quality of life assessment of ESRD patients: a single center study. **Int. J. Nephrol. Urol.**, Tehran, v. 1, n. 2, p. 129-136, 2009.

LI, P.K.T.; CHUNG, K.Y.; CHOW, K.M. Continuous ambulatory peritoneal dialysis is better than automated peritoneal dialysis as first-line treatment in renal replacement therapy **Perit. Dial. Int.**, Downsvie, v. 27, p. 153 -157, 2007. Supplement 2.

LIEM, Y.S. et al. Quality of life assessed with the medical outcomes study short form 36-item health survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. **Value health.**, Malden, v. 10, n. 5, p. 390-397, 2007.

LIMA, S. A. et al. Função cognitiva e depressão em uma coorte de pacientes submetidos a diálise peritoneal, avaliada pelo mini-mental (MEEM) e BDI – Devemos incluí-los na Memória! **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 252-257, dez. 2007.

LINDQVIST, R.; SJODÉN, P. O. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 27, p. 312-319, 1998.

LINDQVIST, R.; CARLSSON, M.; SJODÉN, P. O. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 31, n. 6, p. 1398-1408, 2000.

LITTLE, J. et al. Predicting a patient's choice of dialysis modality: experience in United Kingdom renal department. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 3, p. 12-15, 2001.

LOPES, G. B. et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 506-509, 2007.

MADEIRA, E. Q. P.; LOPES, G. S.; SANTOS, S. F. F. **A investigação epidemiológica na prevenção da insuficiência renal terminal.** Ênfase no estudo da agregação familiar. Medonline, 1998. Disponível em: URL: <[http://www.medonline.com.br/med\\_ed/med2/epidemio.htm](http://www.medonline.com.br/med_ed/med2/epidemio.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2003.

MADERO, M.; GUL, A.; SARNAK, M.J. Cognitive function in chronic kidney disease. *Seminars in Dialysis.*, New York, v.21, n.1, p.29-37, 2008.

MANNS, B. et al. Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: what are the important determinants? **Clin. Nephrol.**, Deisenhofen, v. 60, n. 5, p. 341-351, 2003.

MARTINEZ-CASTELAO, A. et al.. Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA study). **J. Nephrol.**, Milano, v.17, p. 544-551, 2004.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-8, 1996.

MATHIAS, S. D.; FIFER, S. K.; PATRICK, D. L. Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 3, p. 403-412, 1994.

MECA, H. Factores determinantes de la satisfacción Del pacientes em tratamiento renal substitutivo. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.**, Madrid, v. 10,n.1, p.6-13, 2007.

MENDELSSOHN, D. C. et al. What do American nephrologists think about dialysis modality selection. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 32, n. 1, p. 22-29, 2001.

MERKUS, M.P. et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 29, n. 4, p.584–592, 1997.

MOURA, L. et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC – Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 121-131, abr.-jun. 2009.

MOLSTED, S. et al. Assessment and clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic disease. **Nephron. Clin. Pract.**, Basel, v. 106, p. 24-33, 2007.

NEYRA, R.M.; SEGURA, F.C.; ESPEJO, J.L.M. Salud Percibida por los pacientes en DPCA y DPA. **Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.**, Sevilla, v. 11, n.2, p. 102-109, 2008.



OLIVEIRA, T. F. M. et al. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo. **Psicol. inForm.**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 9-32, jan./dez. 2008.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificación y Organización de los servicios geriátricos**. Informe de um Comité Expertos. Genebra, 1974. (Séries de Informes, 548).

PANAGOPOULOU, A. et al. Psychosocial Issues and quality of life in patients on renal replacement therapy. **Saudi J Kidney Dis Transpl.**, Riyadh, v. 20, n. 2, p. 212-218, 2009.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PECOITS-FILHO, R. Diálise peritoneal. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 919-928.

PERNEGER, T. V. et al. Assessment of health status in chronic hemodialysis patients. **J. Nephrol.**, Milano, v. 16, p. 252-259, 2003.

PERITONEAL DIALYSIS ADEQUACY WORK GROUP. Clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 48, p. 98-129, 2006. Supplement 1.

PICOLI, G. et al. Education as clinical tool for self-dialysis. **Adv. Perit. Dial.**, Toronto, v. 16, p. 186-190, 2000.

PECOITS-FILHO, R.F.S. et al. Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial (DPCA): Experiência de 15 anos em Curitiba. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 22-30, 1998.

PEREIRA, A.A. et al. Cognitive function in dialysis patients. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 45, n. 3, p. 448-462, 2005.

PIRAINO, B.; BENDER, F. How should peritoneal-dialysis-associated peritonitis be treated? **Nat. Clin. Pract. Nephrol.**, London, v. 4, n. 7, p. 356-357, 2008.

POLASCHEK, N. Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 41, n. 1, p. 44- 52, 2003.

POLIT, D. F. **Data analysis & statistics for nursing research**. New York: Appleton & Lange, 1996.

POLNER, K. The past and present of peritoneal dialysis. **Orv Hetil.**, Budapest, v. 149, n. 1, p. 5-11, 2008.

POVLSEN, J. V.; IVARSEN, P. Assisted peritoneal dialysis. **Adv. Chronic Kidney Dis.**, Philadelphia, v. 14, n. 3, p. 279-283, Jul. 2007.

PUCHEU, S. et al. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? **J. Psychosom. Res.**, London, v. 56, p. 317-322, 2004.

RADIC, J. et al. The possible impact of dialysis modality on cognitive function in chronic dialysis patients. **Neth J Med**, Amsterdam, v. 68, n. 4, p. 153-157, 2010.

REDER, H.W.K.; GAMA, I.L.P.; JEREMIAS, W.J. Aspectos gerais de qualidade de vida de pacientes submetidos a tratamento dialítico. **Rev. Edu.Meio Amb. e Saúde.**, Manhuaçu, v. 3, n.1, p. 165-176, 2008.

RIBEIRO-ALVES M. A.; GORDAN, P. A. Diagnóstico de anemia em pacientes portadores de doença renal crônica. Diretriz para o tratamento da anemia no paciente com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 29, p. 4-6, 2007. Suplemento 4.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RIELLA, M. C.; LOCATELLI, A. J. History of peritoneal dialysis in Latin America. **Perit. Dial. Int.**, Downsvie, v. 27, p. 322-327, 2007.

ROMÃO JUNIOR, et al. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 188-99, 2003.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

RUBIN, H. R. et al. Avaliações dos pacientes em terapia dialítica com Diálise Peritoneal versus Hemodiálise. **JAMA**, Chicago, v. 291, p. 697-704, 2004.

SANTOS, J. L. F. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 879-886, 2008.

SAYIN, A.; MUTLUAY, R.; SINDEL, S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. **Transplant. Proc.**, New York, v. 39, p. 3047-3053, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção**. 2009. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cronicas/irc\\_prof.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cronicas/irc_prof.htm)>. Acesso em: 22 jun. 2009.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. **Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro**. 2007. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/programas/0007/Doenca\\_Renal\\_Cronica.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/programas/0007/Doenca_Renal_Cronica.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2009.

SCHARDONG, T. J.; LUKRAFKA, J. L.; GARCIA, V. D. Avaliação da função pulmonar e da qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos a hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 40-47, 2008.

SEICA, A. et al. Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Oxford, v. 24, n.2, p. 626-629, 2009.

SESSO, R.; RODRIGUES NETO, J. F.; FERRAZ, M. B. Impacto of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 41, n. 1, p. 186-195, Jan. 2003.

SESSO, R. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 233-238, 2008.

SHRESTHA, S. et al. Assessment of quality of life in patients of end stage renal disease on different modalities of treatment. **JNMA J. Nepal Med. Assoc.**, Kathmandu, v. 47, n. 169, p. 1-6, 2008.

SHIDLER, N. R.; PETERSON, R. A.; KIMMEL, P. L. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 32, n. 4, p. 557-566, 1998.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 5 n. 1, 2003.

Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/774/865>>. Acesso em: 06 jun. 2008.

SILVA, L. F. et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2002.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 1100-1108.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Brasil**. 2000. Disponível em: <http://198.106.86.84/Censo/censo00.asp>. Acesso em: 16 jun. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Brasil**. 2005. Disponível em: <http://198.106.86.84/Censo/censo20042005.asp>. Acesso em: 16 jun. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Brasil**. 2008. Disponível em: <http://198.106.86.84/Censo/2008/censoSBN2008.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2008.

SUZUKI K. **Pesquisa sobre qualidade de vida de pacientes de UTI**: uma revisão de literatura. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SZABO, E. et al. Choice of treatment improves quality of life : A study on patients undergoing dialysis. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 157, n. 12, p. 1352-1356, 1997.

THOMÉ, F. S. et al. Doença renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2006. p. 381-404.

THONG, M.S.; KAPTEIN, A.A. Quality of life in patients on peritoneal dialysis. In: KHANNA, R.; KREDIET, R.T., editors. *Nolph and Gokal's Textbook of Peritoneal Dialysis*. 3rd edition. USA: Springer; 2009. p. 21-50.

THONG, M. S. et al. Association between a self-rated health question and mortality in young and old dialysis patients: a cohort study. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 52, n. 1, p. 111-117, Jul. 2008.

UNRUH, M. L. et al. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis. **Clin. Nephrol.**, München-Deisenhofen, v. 59, n. 4, p. 280-288, 2003.

UNRUH, M. L.; WEISBORD, S. D.; KIMMEL, P. L. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. **Semin. Dial.**, New York, v. 18, n. 2, p. 82-90, Mar-Apr. 2005.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS). **International comparisons**. Minneapolis, 2009. v. 2, chap. 12. Disponível em: <[http://www.usrds.org/2009/pdf/V2\\_12\\_09.PDF](http://www.usrds.org/2009/pdf/V2_12_09.PDF)>. Acesso em: 6 jul. 2010.

VALDERRÁBANO, F. Quality of life benefits of early anaemia treatment. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 15, p. 23-28, 2000. Suppl 3.

VALDERRÁBANO, F.; JOFRE, R.; LÓPEZ-GOMEZ, M. Quality of life in end-stage renal disease patients. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 38, n. 3, p. 443-464, Sep. 2001.

VAN MANEN, J. G. et al. Changes in employment status in end-stage renal disease patients during their first year of dialysis. **Perit. Dial. Int.**, Downsvie, v. 21, p. 595-601, 2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009.

WILSON, I.B.; CLEARY, P.D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **JAMA**, Chicago, v. 273, n. 1, p. 59-65, jan. 1995.

WIT, G.A. et al. A comparison of quality of life of patients on automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Perit. Dial. Int.**, Downsvie, v. 21, n. 3, p. 306-312, 2001

WONG, F. K. Y.; CHOW, S. K. Y.; CHAN, T. M. F. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 47, n. 3, p. 268-278, 2010.

WU, A. W. et al. Developing a health-related quality of life measure for end-stage renal disease: the CHOICE health experience questionnaire. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 37, n. 1, p. 11-21, 2001.

WU, A. W. et al. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. **J. Am. Soc. Nephrol.**, Baltimore, v. 15, p. 743-753, 2004.

ZHANG, A.H. et al. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. **Health qual. life outcomes.**, London, v. 49, n. 5, p. 1-6, 2007.

ZILLMER, J. G. V. et al. Caracterização dos clientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua-CAPD da região sul do Brasil. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n.2, p. 318-323, abr.-jun. 2009.

ZIMMERMANN, P. R.; CARVALHO, J. O.; MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 312-318, set./dez. 2004.



## Apêndice A

### Instrumento de caracterização

#### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Início da entrevista: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

1) SEXO.....

1- Masculino 2- Feminino

2) COR DA PELE (observar a cor que predomina na aparência) .....

1- Branca 2- Parda 3- Amarela 4- Preto  
 5- Indígena 6- não sabe

3) LOCAL DE NASCIMENTO .....

1- Urb 2- Rural 3- não sabe

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

4) QUAL O SEU ESTADO CONJUGAL?

1- Nunca se casou ou morou c/ companh.  
 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)  
 3- Sep.(a), desquitado(a) ou divor(a)  
 4- Viúvo(a) 5- NS

5) HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ NO ESTADO ATUAL? - 1- NS

#### PERFIL SOCIAL

6) ESCOLARIDADE (em anos): .....

7) QUAL(IS) DESSAS RENDAS O SR(A) TEM ? 0- não tem 1- tem 2- ns

a) Aposentadoria b) Pensão  
 c) Aluguel d) Trabalho próprio  
 e) Doações (família, amigos, instituições)  
 f) Outras




8) PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA ATUALMENTE (se tiver mais do que uma resposta, informar a que gasta mais tempo, em horas):

9) PRINCIPAL ATIVIDADE PROFISSIONAL EXERCIDA ANTERIORMENTE:

10) HÁ QUANTO TEMPO RECEBE O BENEFÍCIO (mais antigo) DE APOSENT., PENSÃO OU RENDA MENSAL VITALÍCIA? (em anos completos) 1- nsa 2- ns

11) IDADE QUE SE APOSENTOU? (em anos completos) 1- Não se aplica 2- ns

12) IDADE QUE SE AFASTOU DO TRAB. (em anos completos) 1- nsa 2- ns

13) A CASA ONDE MORA É :

1- Própria - quitada 2- Própria - paga prestação  
 3- Paga aluguel 4- Cedida - sem aluguel  
 5- Asilo 6- Casa de repouso  
 7- Outro tipo 8- ns

14) COM QUEM O SR. (A) MORA:

1- sozinho 2- esposo 3- família 4- acompanhante particular 5- outra pessoa 6- asilados



### Dados relacionados à DRCT e DP

- 15) Desde quando você tem o diagnóstico de Doença Renal? \_\_\_\_anos e \_\_\_\_ meses
- 16) Você teve acompanhamento médico, relacionado à Doença Renal, antes de iniciar a diálise?  
 ( 0 ) não ( 1 ) sim, com qual especialidade? \_\_\_\_\_ ( ) SUS ( ) particular/convenio
- 17) Você já realizou tratamento da Doença Renal por Hemodiálise ?  
 ( 0 ) não ( 1 ) sim, por qual motivo deixou de fazê-lo? \_\_\_\_\_
- 18) Você já realizou outro tipo de DP? Por quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 ( 0 ) não ( 1 ) sim, por qual motivo deixou de fazê-lo? \_\_\_\_\_
- 19) Há quanto tempo realiza DPAC ou DPA? \_\_\_\_anos e \_\_\_\_ meses
- 20) Você escolheu o tratamento por DPAC ou DPA?  
 ( 0 ) não, quem indicou? \_\_\_\_\_ ( 1 ) sim
- 21) Prescrição da DPAC ou DPA:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 22) Você tem ou teve alguma(s) dessas complicações associadas à Insuficiência Renal :
- |                             |                         |                   |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|
| ( a ) câimbras              | ( h ) infertilidade     | ( o ) outra _____ |
| ( b ) hipotensão arterial   | ( i ) anemia            |                   |
| ( c ) hipertensão arterial  | ( j ) coceira           |                   |
| ( d ) dor de cabeça         | ( k ) perda de peso     |                   |
| ( e ) fraqueza              | ( l ) ganho de peso     |                   |
| ( f ) dor                   | ( m ) const. intestinal |                   |
| ( g ) infecções repetitivas | ( n ) arritmia cardíaca |                   |
- 23) Qual foi a causa da Insuficiência Renal? (SIC e Diagnóstico Médico):
- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| ( a ) glomerulonefrite crônica    | ( g ) doença cardiovascular            |
| ( b ) nefrite túbulo-intersticial | ( h ) IRA                              |
| ( c ) rins policísticos           | ( i ) hipertensão arterial             |
| ( d ) diabetes mellitus tipo 1    | ( j ) nefrite lúpica                   |
| ( e ) diabetes mellitus tipo 2    | ( k ) indeterminado (não especificado) |
| ( f ) pielonefrite crônica        | ( l ) outro                            |
- 24) Você possui outras doenças?
- |                              |   |
|------------------------------|---|
| ( a ) insuficiência cardíaca | ( k ) neoplasia benigna                     |
| ( b ) infarto do miocárdio   | ( l ) catarata                              |
| ( c ) doença cerebrovascular | ( m ) osteopatias                           |
| ( d ) pericardite            | ( n ) hepatopatia ( ) HbsAg+; ( ) anti HCV+ |
| ( e ) varizes                | ( o ) hipertensão arterial                  |
| ( f ) neoplasia maligna      | ( p ) diabetes mellitus                     |
| ( g ) doença autoimune       | ( q ) déficit auditivo                      |
| ( h ) déficit visual         | ( r ) outras _____                          |
- 25) Tem diurese residual? ( 0 ) não ( 1 ) sim, quanto? \_\_\_\_\_ ml/24h
- 26) Faz uso de medicamentos? ( 0 ) não ( 1 ) sim, quais?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 27) Você recebe ajuda para realizar atividades do dia-a-dia?(banho, vestimenta, alimentação...)  
 ( 0 ) não ( 1 ) sim, de quem? \_\_\_\_\_
- 28) Alguém ajuda ou faz as trocas das suas bolsas?  
 ( 0 ) não ( 1 ) sim, quem? \_\_\_\_\_
- 29) Tem ou teve acompanhamento psicológico após início da insuficiência renal? ( 0 ) não ( 1 ) sim
- 30) Teve acompanhamento nutricional antes de iniciar DP (tratamento conservador)? ( 0 ) não ( 1 ) sim
- 31) Usa eritropoetina atualmente?  
 ( 0 ) não ( 1 ) sim, há quanto tempo \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses
- 32) É candidato a transplante renal? ( 0 ) não ( 1 ) sim

**Apêndice B**  
**Permissão para o uso da versão original do instrumento KDQOL-SF™**

Karen Spritzer para mariliapilotto, kdqol

Dear Marília,

You do not need explicit permission to use the survey, but please provide an appropriate citation when necessary (see first FAQ here <http://gim.med.ucla.edu/kdqol/page7.html>).

I wish you well with your research.

Best regards,  
Karen Spritzer

cc: KDQOL Working Group

-----Original Message-----

From: mariliapilotto@usp.br [mailto:mariliapilotto@usp.br]

Sent: Thursday, April 23, 2009 5:28 AM

To: rand\_health@rand.org

Subject: written permission

April 23, 2009

The KDQOL Working Group  
Ron D. Hays  
Joel D. Kallich  
Donna L. Mapes  
Stephen Joel Coons  
Naseem Amin  
William B. Carter  
Caren Kamberg

Dear members of the KDQOL Working Group,

I am a master`s student at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil, and my dissertation is on "Assessment of Health Related Quality of Life in Peritoneal Dialysis patients ". In my research, I would like to request written permission to use the Kidney Disease Quality of Life (Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB.,1994). The instrument would be used to assess quality of life in patients with End Stage Renal Disease in peritoneal dialysis participating in a descriptive and correlational study.

Please let me know if you need any further information.

I look forward to hearing from you.

Sincerely yours,

Marília Pilotto de Oliveira, Master's Student  
University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, WHO  
Collaborating Centre for Nursing Research Development, Brazil.  
Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto  
CEP 14040-902 -São Paulo - Brazil.  
Tel. (55) 16 602 3453  
Fax (55) 16 633 3271  
e-mail: mariliapilotto@usp.br

---

This email message is for the sole use of the intended recipient(s) and may contain confidential information. Any unauthorized review, use, disclosure or distribution is prohibited. If you are not the intended recipient, please contact the sender by reply email and destroy all copies of the original message.

## Apêndice C

### Permissão para o uso da versão em português do instrumento KDQOL-SF™

rsesso@unifesp.br para mariliapilotto  
mostrar detalhes 15:26 (5 horas atrás) Responder

Olá Marília,

Não vejo nenhum inconveniente em que você utilize o questionário KDQOL por nós validado. Apenas solicito que mencione na tese e publicação o nosso artigo em que foi feita a tradução e validação do questionário.

Abraço

Ricardo Sesso

Citando mariliapilotto@usp.br:

Prezado Ricardo,

Meu nome é Marília Pilotto de Oliveira, sou enfermeira, mestranda do programa de Enfermagem Fundamental do departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto ? USP.

Sou orientanda da Profª Luciana Kusumota que já utilizou o Kidney Disease and Quality of Life ? Short form (KDQOL-SF ? 1.3) em 2005 na Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise.

Meu projeto tem como objetivo geral a Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Diálise Peritoneal. Obtive consentimento do KDQOL-Group para utilizar o mesmo instrumento, após contato por e-mail.

Tentei solicitar à Priscila Duarte a permissão para a utilização do instrumento KDQOL-SF, na versão traduzida e validada para o português do Brasil de sua autoria, mas não obtive resposta.

Sabendo de sua participação no processo de Validação do referido instrumento, peço autorização para utilizar esta versão do KDQOL-SF (2003).

No aguardo, coloco-me a disposição para esclarecimentos

Atenciosamente,

Marília Pilotto de Oliveira

## Apêndice D

### Termo de consentimento livre e esclarecido

NOME DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Enfa. Marília Pilotto de Oliveira e Profa. Luciana Kusumota

INSTITUIÇÃO PROMOTORA DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa com pacientes que possuem a mesma doença que o Senhor(a), a insuficiência renal crônica e que também realizam Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), pois queremos saber mais sobre as suas vidas. Sabemos que muitas situações da vida podem mudar com essa doença e o tratamento, como por exemplo, o estado de saúde, o trabalho e as relações com a família e amigos. Essas mudanças podem influenciar nas suas qualidades de vida.

Os objetivos dessa pesquisa são avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes adultos e idosos com insuficiência renal crônica que realizam DPAC e DPA, e caracterizar esses pacientes quanto ao sexo, cor, idade, estado civil, renda, escolaridade, memória, história de saúde/doença e DP. A realização dessa pesquisa poderá contribuir com os profissionais de saúde no atendimento aos pacientes como o Senhor(a).

Dessa forma, necessitamos realizar uma entrevista e gostaríamos de pedir sua colaboração para responder às questões contidas nos questionários. A entrevista será realizada pelos pesquisadores e levará cerca de 30 minutos do seu tempo.

Asseguramos que o(a) senhor(a) não será identificado após responder às perguntas, a sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos resultados da pesquisa.

Esta pesquisa não oferece riscos ou desconforto para você, nem mesmo prejuízo no seu seguimento nesta instituição de saúde.

Solicito sua autorização, enquanto participante desta pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, o que muito contribuirá para a realização deste trabalho.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica. Sua participação nesta pesquisa não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação.

O (a) senhor (a) terá total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, deixar de responder questões, podendo inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Poderá, também pedir novos esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento se achar necessário através do endereço abaixo.

Muito obrigada pela atenção,

Marília Pilotto de Oliveira

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP

Endereço: Rua Iguape nº 9, apto 41, bloco B2, Bairro: Jardim Paulista, Cidade: Ribeirão Preto SP

Telefone: (16) 8114 7070

Email: mariliapilotto@yahoo.com.br

Marília Pilotto de Oliveira  
(COREn nº 177207)

Luciana Kusumota  
(COREn nº 0078373)

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Anexo A

Miniexame do Estado Mental (MEEM)

**AVALIAÇÃO COGNITIVA**

1) COMO O (A) SR (A) AVALIA SUA MEMÓRIA ATUALMENTE?  
 1- Muito boa 2- Boa 3- Regular 4- Ruim  
 5- Péssima 6- Não sabe 9- Ignorado

2) COMPARANDO COM UM ANO ATRÁS, O (A) SR (A) DIRIA QUE AGORA SUA MEMÓRIA É MELHOR, IGUAL OU PIOR?  
 1- Melhor 2- Igual 3- Pior 4- não sabe 9- Ign

**ORIENTAÇÃO TEMPORAL**

3) POR FAVOR, DIGA-ME A DATA DE HOJE  
 dia da semana  
 dia do mês  
 mês  
 ano  
 hora aproximada  
 Anote um 1 ponto p/ cada resposta correta

T

**ORIENTAÇÃO ESPACIAL**

Anote 1 ponto para cada resposta correta

4) RESPONDA:  
 Onde estamos? (clínica, hospital, residência)  
 Em que lugar estamos? (andar, sala, cozinha, enfermaria)  
 Em que bairro estamos?  
 Em que cidade estamos?  
 Em que estado estamos?






T

**REGISTRO**

5) VOU LHE DIZER O NÓME DE TRÊS OBJETOS QUANDO TERMINAR PEDIREI QUE REPITA-OS, EM QUALQUER ORDEM GUARDE-OS QUE MAIS TARDE VOLTAREI A PERGUNTAR

A

M

C

T

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda, máximo de cinco repetições; - anote o número de repetições que fez; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram  
 Árvore / Mesa / Cachorro / Total / Núm de repet.





**ATENÇÃO E CÁLCULO**

6) VOU DIZER ALGUNS NÚMEROS E GOSTARIA QUE REALIZASE OS SEGUINTES CÁLCULOS

100-7;93-7;86-7;79-7;72-7 (93,86,79,72,65)

ou

GOSTARIA QUE VOCÊ REPETISSE DE TRÁS PARA FRENTE A PALAVRA MUNDO  
 Obs: Um ponto para cada cálculo ou letra correta.

**MEMÓRIA DE EVOCÇÃO**

7) HÁ ALGUNS MINUTOS, LÍ UMA SÉRIE DE 3 PALAVRAS E O (A) Sr (A) REPETIU AS QUE LEMBROU POR FAVOR, DIGA-ME AGORA QUAIS AINDA SE LEMBRA

A

M

0- errado 1- correto

Obs: Anote um ponto para cada resposta cor-reta, em qualquer ordem

C

Árvore / Mesa / Cachorro /

Total

**LINGUAGEM**

OBS: Anote 1 ponto para cada resposta correta

8) APONTE A CANETA E O RELÓGIO E PEÇA PARA NOMEÁ-LOS (permite 10 Seg. para cada objeto.)

C

R

T

9) REPITA A FRASE QUE EU VOU LHE DIZER (pronuncia em voz alta, bem articulada e lentamente)  
 "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

10) DÊ AO PACIENTE UMA FÓLHA DE PAPEL, NA QUAL ESTEJA ESCRITO EM LETRAS GRANDES: "FECHE OS OLHOS" DIGA-LHE: "LEIA ESTE PAPEL E FAÇA O QUE ESTÁ ESCRITO" (Permita 10 Segundos)

11) VOU LHE DAR UM PAPEL E QUANDO EU O ENTREGAR, PEGUE C/ A SUA MÃO DIREITA, DOBRE-O NA METADE COM AS DUAS MÃOS E COLOQUE-O NO CHÃO

P

D

(mão esquerda se for canhoto)

C

T

12) PEDIR AO PACIENTE QUE ESCREVA UMA FRASE SOBRE A FOLHA DE PAPEL EM BRANCO. "O senhor poderia escrever uma frase, da sua escolha." (contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe. Se o paciente não o fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase? E permitir-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (max. 30 segundos).

13) POR FAVOR COPIE ESTE DESENHO

OBS: Entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar. A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.  
 Anote um ponto se o desenho estiver correto

Obs: Some as respostas corretas anotadas nas perguntas 03-13 e anote o total.  
 A pontuação máxima é de 30



## Anexo B

### KDQOL-SF™

#### KIDNEY DISEASE AND QUALITY OF LIFE™ SHORT FORM (KDQOL-SF™)

##### Sua Saúde

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um  na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? [Marque um  em cada linha.]

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço.....	▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2	▼ <input type="checkbox"/> 3
b <u>Atividades modernas</u> , tais como mover uma mesa (puxar/empurrar), varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>um</u> lance de escada.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se(dobrar-se).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u> .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminhar <u>vários</u> quarteirões.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminhar <u>um</u> quarteirão.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

	Sim	Não
a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades.....	▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2
b Fez <u>menos</u> coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c Teve limitação/restrição(impedimento) no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex., precisou fazer mais esforço).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades...	▼ <input type="checkbox"/> 1	▼ <input type="checkbox"/> 2
b Fez <u>menos</u> coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c Trabalhou ou fez outras atividades com <u>menos atenção do que de costume</u> ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2



6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

Nenhuma	Muito leve	Léve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido.

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a Você se sentiu cheio de vida? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b Você se sentiu uma pessoa muito nervosa? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d Você se sentiu calmo e tranqüilo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e Você teve muita energia? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f Você se sentiu desanimado e deprimido? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g Você se sentiu esgotado (muito cansado)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h Você se sentiu uma pessoa feliz? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i Você se sentiu cansado? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sempre verdade	Quase sempre verdade	Não sei	Quase sempre falso	Sempre falso
	▼	▼	▼	▼	▼
a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Acredito que minha saúde vai piorar....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Minha saúde está excelente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sempre verdadeira	Quase sempre verdadeira	Não sei	Quase sempre falso	Sempre falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Eu me sinto um peso para minha família.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido.

Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Você se irritou com as pessoas próximas?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e Você se relacionou bem com as outras pessoas?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f Você se sentiu confuso?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
a Dores musculares?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Dor no peito?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Cãibras?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Coceira na pele?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Pele seca?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Falta de ar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Fraqueza ou tontura?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Falta de apetite?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Esgotamento (muito cansaço)? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j Dormência nas mãos ou pés?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l (Somente paciente em hemodiálise) Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m (Somente paciente em diálise peritoneal) Problemas com seu cateter?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



Efeitos da Doença Renal em sua Vida Diária

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
a Limitação de líquido? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Limitação alimentar? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Limitação para viajar? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Dependência dos médicos e outros profissionais da saúde? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Sua vida sexual? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Sua aparência pessoal? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

As próximas três questões são pessoais e estão relacionadas à sua atividade sexual, mas suas respostas são importantes para o entendimento do impacto da doença renal na vida das pessoas.

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

(Circule Um Número)

Não ..... 1 →  
 Sim ..... 2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

	Nenhum problema	Pouco problema	Problema moderado	Muito problema	Muitíssimo problema
a Ter satisfação sexual? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Ficar sexualmente excitado (a)? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

17. Para a questão seguinte, por favor avalie seu sono, usando uma escala variando de 0, (representando "muito ruim") à 10, (representando "muito bom")

Se você acha que seu sono está meio termo entre "muito ruim" e "muito bom," por favor marque um X abaixo do número 5. Se você acha que seu sono está em um nível melhor do que 5, marque um X abaixo do 6. Se você acha que seu sono está pior do que 5, marque um X abaixo do 4 (e assim por diante).

Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral? [Marque um X abaixo do número.]

Muito ruim											Muito bom
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b Dormiu pelo tempo necessário? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b O apoio que você recebe de sua família e amigos? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

20. Durante as 4 últimas semanas, você desenvolveu atividades remuneradas?

Sim	Não
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

21. Sua saúde o impediu de ter um trabalho remunerado?

Sim	Não
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)	Meio termo entre pior e melhor					A melhor possível				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfação Com O Tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

	Sempre verdade	Quase sempre verdade	Não sei	Quase sempre falso	Sempre falso
a O pessoal da diálise me encorajou a ser o (a) mais independente possível.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar (enfrentar) a minha doença renal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**Anexo C**  
**Aprovação do Comitê de Ética**



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

[www.hcrp.fmrp.usp.br](http://www.hcrp.fmrp.usp.br)



Ribeirão Preto, 16 de setembro de 2009

Ofício nº 3097/2009  
CEP/MGV

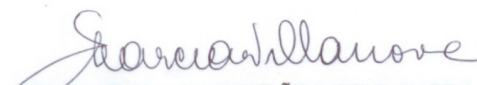
**Prezada Senhora,**

O trabalho intitulado **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 295ª Reunião Ordinária realizada em 14/09/2009, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 7272/2009.

*Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.*

*Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.*

Atenciosamente.

  
**DR. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
**Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em**  
**Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP**

Ilustríssima Senhora  
**MARÍLIA PILOTTO DE OLIVEIRA**  
**PROFª. DRª. LUCIANA KUSUMOTA(Orientadora)**  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## Anexo D

## Aprovação do Comitê de Ética



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO 2

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 13 de abril de 2010.

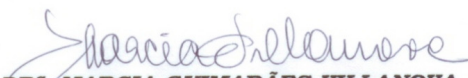
Ofício n.º 1099/2010.  
CEP/MGV

**PROCESSO HCRP Nº. 7272/2009**

Prezadas Pesquisadoras,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 305ª Reunião Ordinária, realizada em 12/04/2010, tomou ciência da solicitação de alteração do título referente à pesquisa aprovada pelo CEP: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL". **O CEP aprovou a alteração de título para "QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS EM DIÁLISE PERITONEAL"**. O CEP aprovou a continuidade da pesquisa.

Atenciosamente,

  
**DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras  
**MARÍLIA PILOTTO DE OLIVEIRA**  
**PROFª. DRª. LUCIANA KUSUMOTA**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO-USP