

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARÍLIA PILOTTO DE OLIVEIRA

Diálise peritoneal e qualidade de vida relacionada à saúde: um
estudo longitudinal

RIBEIRÃO PRETO

2014

MARÍLIA PILOTTO DE OLIVEIRA

Diálise peritoneal e qualidade de vida relacionada à saúde: um
estudo longitudinal

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Fundamental.

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

Orientador: Luciana Kusumota

RIBEIRÃO PRETO

2014

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

Oliveira, Marília Pilotto de

Diálise peritoneal e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo longitudinal. Ribeirão Preto, 2014.

141 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Luciana Kusumota

1. Qualidade de vida. 2. Diálise peritoneal. 3. Evolução clínica. 4. Enfermagem.

OLIVEIRA, Marília Pilotto de

Diálise peritoneal e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo longitudinal

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

a Deus, fonte de inspiração e de força, que me tornou capaz de atingir este objetivo.

*à minha amada mãe, **Lúcia Elene**, meu esteio emocional, por sempre acreditar na minha capacidade, por ser a melhor companheira em todos os momentos da minha vida.*

*aos meus avós, **Maria Elena** (in memoriam) e **Wilson** (in memoriam), razões de saudade eterna, que infelizmente não estão presentes em matéria para compartilhar este momento tão importante e significativo em minha vida.*

*ao meu noivo, **Leonardo**, por todo amor e por toda paciência em lidar com uma enfermeira-doutoranda, compreendendo minhas ausências em datas importantes, meus inúmeros momentos de ansiedade e de cansaço.*

*aos **pacientes** com DRC terminal em terapia dialítica que escolhem viver diariamente, exemplos de persistência.*

AGRADECIMENTOS

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

A Deus, por ser o maior responsável por esta conquista, por me guiar, me iluminar e me dar forças para continuar, mesmo diante das dificuldades.

*À **Profa. Dra. Luciana Kusumota**, por ter me aceitado mais uma vez como aluna, pelos valiosos ensinamentos acadêmicos e de vida, pela paciência, dedicação e amizade. Luciana, qualquer agradecimento seria muito pouco diante de tudo aquilo que tem feito por mim durante todos esses anos. Minha querida orientadora, a você minha eterna amizade e gratidão.*

*À **Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas**, pela disponibilidade e pelas colaborações no exame de qualificação.*

*Ao **Prof. Dr. José Abrão Cardeal da Costa**, pela colaboração no exame de qualificação e generosidade em compartilhar aquilo que sabe.*

*À **Profa. Dra. Sueli Marques**, pelo carinho, incentivo e pela paciência em compartilhar sua sala também comigo, em muitos momentos.*

*A todos os professores que participaram da minha formação em especial à **Profa. Dra. Rita C. H. M. Ribeiro** e **Profa. Dra. Claudia Cesarino**, referências em minha vida profissional e pessoal, pelo carinho e apoio constantes, mesmo depois de tantos anos de formada.*

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

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

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

*Ao **Prof. Dr. Vanderlei Haas**, pela generosidade e paciência em ensinar e pela valiosa colaboração na análise estatística realizada.*

*A minha **mãe**, por me apoiar e amar incondicionalmente.*

*Ao meu noivo, **Léo**, pelo amor, carinho e compreensão.*

*Aos meus avós, **Adelino e Lourdes**, pelo amor e carinho, fontes de força.*

*Ao meu irmão **Wilson**, pelo companheirismo e motivação constante.*

*Ao meu padrasto **Daniel**, a minha madrinha **Magda**, aos meus tios, a minha comadre **Luciana**, a minha sogra **Simone** e a minha cunhada **Daiane** pelas orações, apoio e palavras de incentivo.*

*Ao meu **pai**, pelo estímulo de superação.*

*A todos os meus **amigos**, de Ituverava, de Ribeirão Preto e da FAMERP, que graças a Deus não são poucos e por isso nem me atrevo a listá-los aqui, pelo incentivo, palavras de conforto e pelas orações, que foram muitas....*

*Às minhas amigas, em especial **Anne, Amelinha e Bia**, que compartilharam este processo desde o início de longe ou de muito perto, pela amizade, companheirismo e o apoio incondicional.*

*A **Camila Takao** minha amiga, enfermeira e tradutora favorita.*

*Às companheiras de pós-graduação **Renata Antunes e Amanda Santos** que mesmo repletas de afazeres não me abandonaram nos momentos de angústia.*

*Aos **colegas** do SAMU de Sertãozinho e do CTI adulto da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, pelas trocas de escalas e pelas palavras de incentivo.*

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

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo apoio financeiro que auxiliou a realização deste estudo.*

*Aos **pacientes em Diálise Peritoneal** que participaram e colaboraram com a realização deste estudo, pela paciência com que me atenderam e compartilharam um pouco de suas vidas, me ensinando valiosas lições de superação.*

Muito obrigada.

SOMOS O QUE ATRAÍMOS

“Você nasceu no lar que precisava nascer, vestiu o corpo físico que merecia, mora onde melhor

Deus te proporcionou, de acordo com o teu adiantamento.

Você possui os recursos financeiros coerentes com tuas necessidades, nem mais, nem menos,

mas o justo para as tuas lutas terrenas.

Seu ambiente de trabalho é o que você elegeu espontaneamente para a sua realização.

Teus parentes e amigos são as almas que você mesmo atraiu, com tua própria afinidade.

Portanto, teu destino está constantemente sob teu controle.

Você escolhe, recolhe, elege, atrai, busca, expulsa, modifica tudo aquilo que te rodeia a

existência.

Teus pensamentos e vontades são a chave de teus atos e atitudes. São as fontes de atração e

repulsão na jornada da tua vivência.

Não reclame, nem se faça vítima.

Antes de tudo, analisa e observa.

A mudança está em tuas mãos. Reprograma tua meta, busca o bem e você viverá melhor.

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora

e fazer um novo fim”.

Chico Xavier

RESUMO

OLIVEIRA, M.P. **Diálise peritoneal e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo longitudinal.** 2014. 141 p. (Tese Doutorado) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2014.

Este estudo teve como objetivo geral analisar a evolução clínica e a QVRS de pacientes em Diálise Peritoneal (DP), dois anos após a primeira avaliação. Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva e analítica de delineamento longitudinal, realizada nos serviços de Diálise Peritoneal, no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, entre 2010 e 2012, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número 1451/201. A primeira e a segunda etapas de coleta de dados foram realizadas pela pesquisadora, por meio de entrevistas, utilizando os instrumentos: Miniexame do Estado Mental, questionário de caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e laboratorial e o *Kidney Disease and Quality of Life*. Foi realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos, clínicos, laboratoriais e de QVRS. Na análise da evolução da QVRS, foi utilizado o teste t pareado. Na determinação das variáveis preditoras de QVRS, foram empregados o teste t de Student e o Mann-Whitney, bem como o coeficiente de Correlação de Pearson. Na análise de sobrevivência, foram calculados o risco relativo não ajustado e o seu intervalo de confiança. Para estimar o risco de óbito, foram obtidas, também, as curvas de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier, e na análise multivariada, foram determinados os preditores de óbito, utilizando o modelo de riscos proporcionais de Cox. O nível de significância adotado foi de 5%. Dos 82 participantes da primeira etapa do estudo em 2010, na etapa de 2012 houve perda de seguimento de sete pacientes, 18 foram excluídos da avaliação da QVRS, e 23 tiveram como desfecho o óbito. Portanto 34 pacientes tiveram a QVRS reavaliada, em 2012. A maioria era mulher 21; (61,8%), idosa 19 (55,9%), com cor da pele branca 25 (73,5%), morava com o companheiro 25 (73,5%), aposentada 25 (73,5%), hipertensa 33 (97,1%), estavam em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) 18 (52,9%), apresentavam níveis de hemoglobina 25; (73,5%) e produto cálcio/fósforo 29 (85,3%) normais e de paratormônio 24 (70,6%) alterados. O número de comorbidades e de complicações aumentou de 2,8 e 4,3 para 3,2 e 5,1, respectivamente. No período, o número médio de peritonites foi de 1,0 episódio, e a média de internações foi de 1,6 vez. Em relação à QVRS, após dois anos da primeira avaliação, os pacientes que permaneceram em DP apresentaram piora, nos escores médios do Funcionamento físico e Dor e melhora no Bem-estar emocional. As variáveis preditoras de piora da QVRS no Funcionamento físico foram a idade avançada e os maiores números de comorbidades e de complicações; esta última também foi preditora de piora da QVRS na dimensão Dor, enquanto o menor número de peritonite foi preditor de melhora na dimensão Bem-estar emocional. Sobre a análise de sobrevivência, o risco aumentado para o desfecho óbito e/ou menor sobrevida se relacionou com ter diabetes, ter quatro comorbidades ou mais, estar em DPAC, ter escore de QVRS na dimensão Funcionamento físico menor que 50. Conclui-se que a QVRS piorou nas dimensões Funcionamento físico e Dor e melhorou para o Bem-estar emocional, dois anos após a primeira avaliação. A pior QVRS, especificamente na dimensão Funcionamento físico, pôde ser considerada preditora de óbito.

Descritores: Qualidade de vida, Diálise Peritoneal, Evolução clínica, Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, M.P. **Peritoneal dialysis and health-related quality of life: a longitudinal study.** 2014. 141 p. (Doctoral thesis) – Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2014.

This study aimed to analyze the clinical evolution and HRQoL of patients under peritoneal dialysis (PD) two years after the first assessment. This is a longitudinal observational descriptive and analytical study performed in the Peritoneal Dialysis services in Ribeirão Preto, São Paulo state, between 2010 and 2012, previously approved by the Research Ethics Committee under number 1451/201. The first and second stages of data collection were performed by the researcher through interviews, using the following instruments: Mini Mental State Examination a questionnaire with sociodemographic, economic, clinical and laboratory data and the Kidney Disease and Quality of Life. A descriptive analysis of demographic, clinical, laboratory, and HRQoL data was performed. The paired t test was used for the analysis of the HRQoL evolution. In order to determine the predictors of HRQoL, the Student's t test, the Mann-Whitney's test, and the Pearson's correlation coefficient were used. For the survival analysis, the unadjusted relative risk and its confidence interval were calculated. The risk of death was estimated through the Kaplan-Meier's survival curves. The predictors of death were determined by multivariate analysis through Cox proportional hazards model. The level of significance adopted was 5%. Out of the 82 participants in the first stage of the study in 2010, seven had been lost to follow in the 2012 step, 18 were excluded from the assessment of HRQoL and 23 had died. Therefore, 34 patients had HRQoL reassessed in 2012. Most were women 21 (61.8%), elderly 19 (55.9%), caucasian 25, (73.5%) lived with a partner 25, (73.5%), retired 25 (73.5%), hypertensive 33 (97.1%), under Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) 18 (52.9%), with normal hemoglobin 25 (73.5%) and calcium-P product levels 29 (85.3%) and altered parathyroid hormone levels 24 (70.6%). The number of comorbidities and complications increased from 2.8 and 4.3 to 3.2 and 5.1, respectively. During the follow-up period, the average number of peritonitis episodes was 1.0, and the average number of hospitalizations was 1.6. Regarding HRQoL, two years after initial assessment, patients who remained on PD had worse mean scores of Physical functioning and Pain and better Emotional well-being. The predictors of worsening HRQoL Physical functioning were older age and greater numbers of comorbidities and complications. A greater number of complications was also a predictor of worsening HRQoL Pain, whereas a lower number of peritonitis episodes was predictive of improvement in the Emotional well-being dimension. On the survival analysis, the increased risk for the outcome of death and/or shorter survival was associated with having diabetes, having four or more comorbidities, being under CAPD and having a HRQoL score smaller than 50 in the Physical functioning dimension. It was concluded that HRQoL was worse in the Physical functioning and Pain dimensions and improved in the Emotional well-being dimension two years after the first assessment. Worse HRQoL, specifically in the Physical functioning dimension, was a predictor of death.

Descriptors: Quality of life, Peritoneal dialysis, Clinical evolution, Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, M.P. **Diálisis peritoneal y calidad de vida relacionada con la salud: un estudio longitudinal.** 2014. 141 p. (Tesis Doctorado) – Ribeirão Preto (SP): Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo; 2014.

Este estudio tuvo como objetivo general analizar la evolución clínica y la CVRS de pacientes en Diálisis Peritoneal (DP), dos años después de la primera evaluación. Se trata de una investigación observacional, descriptiva y analítica con delineamiento longitudinal, realizado en los servicios de Diálisis Peritoneal, en la ciudad de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, entre el 2010 y el 2012, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con número 1451/201. La primera y segunda etapa de colecta de datos fueron realizados por la investigadora, por medio de entrevistas, utilizando los instrumentos: Mini Examen del Estado Mental (MEEM), Cuestionario de caracterización sociodemográfica, económica, clínica y laboratorial y el *Kidney Disease and Quality of Life* (KDQOL-SF™). Fue realizado el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, clínicos, laboratoriales y de CVRS. Para el análisis de la evolución de la CVRS, fue utilizado la prueba t pareado. En la determinación de las variables predictores de CVRS, fueron empleados la prueba t de Student y Mann-Whitney, así como el coeficiente de Correlación de Pearson. Para el análisis de sobrevivencia, fueron calculados el riesgo relativo no ajustado y su intervalo de confianza. Para estimar el riesgo de muerte, fueron obtenidos, por medio de las curvas de sobrevivencia por el método de Kaplan-Meier, y con el análisis multivariable, fueron determinados los predictores de muerte, utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox. El nivel de significancia adoptado fue de 5%. En el 2010, primera etapa del estudio fueron entrevistados 82 pacientes, en la segunda etapa realizada en el 2012 hubo pérdida de seguimiento de siete pacientes, 18 fueron excluidos de la evaluación de CVRS, y 23 fallecieron. Por lo tanto, 34 pacientes fueron reevaluados en relación a la CVRS en el 2012. La mayoría fue mujer 21(61.8%), adultos mayores 19 (55.9%), color de piel blanca 25 (73.5%), vivía con su pareja 25 (73.5%), jubilado 25 (73.5%), hipertensión arterial 33 (97.1%), en Diálisis Peritoneal Ambulatorial Continua (DPAC) 18 (52.9%), presentaban hemoglobina 25 (73.5%) y CaxP 29 (85.3%) normal y PTH 24 (70.6%) alterado. El número de comorbilidades y de complicaciones aumento de 2.8 y 4.3 para 3.2 y 5.1, respectivamente. En el período, el número promedio de peritonitis fue de 1.0 episodio, y el promedio de internaciones fue de 1.6 veces. En relación a la CVRS, después de dos años de la primera evaluación, los pacientes que permanecieron en DP presentaron peor puntuación en los scores promedios del Funcionamiento físico y Dolor y mejora en el bienestar emocional. Las variables predictores de peor puntuación en la CVRS en el Funcionamiento físico fueron la edad avanzada y los mayores números de comorbilidades y de complicaciones; esta última también fue predictor de deterioro en la CVRS en la dimensión Dolor, mientras que el menor número de peritonitis fue predictor de mejora en la dimensión bienestar emocional. Sobre el análisis de sobrevivencia, el riesgo aumentado para el resultado de muerte y/o menor sobrevivencia se relacionó con tener diabetes, tener cuatro co-morbilidades o más, estar en DPAC, tener score de CVRS en la dimensión Funcionamiento físico menor que 50. Se concluye que la CVRS empeora en las dimensiones Funcionamiento físico y Dolor y mejora para el bienestar emocional, dos años después de la primera evaluación. La peor CVRS, específicamente en la dimensión Funcionamiento físico, puede ser considerada predictor de muerte.

Descriptores: Calidad de vida, Diálisis Peritoneal, Evolución clínica, Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma das etapas da pesquisa, seleção e manutenção dos pacientes, em 2010 e em 2012.....	39
Figura 2	Tempo de sobrevida para os pacientes do sexo masculino e feminino.....	77
Figura 3	Tempo de sobrevida para os pacientes adultos e idosos.....	78
Figura 4	Tempo de sobrevida para os pacientes com e sem hipertensão.....	78
Figura 5	Tempo de sobrevida para os pacientes com e sem diabetes.....	79
Figura 6	Tempo de sobrevida para os pacientes com parâmetros laboratoriais de albumina normal e alterada.....	79
Figura 7	Tempo de sobrevida para os pacientes com parâmetros laboratoriais de hemoglobina normal e alterada.....	80
Figura 8	Tempo de sobrevida para os pacientes com até três e mais de quatro comorbidades.....	80
Figura 9	Tempo de sobrevida para os pacientes em DPAC e DPA.....	81
Figura 10	Tempo de sobrevida para os pacientes com escores médios até 50 e maior que 51 pontos na dimensão Funcionamento Físico.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas dos 82 participantes da primeira etapa em 2010, de acordo com a classificação em 2012. Ribeirão Preto, 2012.....	48
Tabela 2	Características clínicas dos 82 participantes da primeira etapa em 2010, de acordo com a classificação em 2012, exceto quando indicado. Ribeirão Preto, 2012.....	49
Tabela 3	Características sociodemográficas dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	51
Tabela 4	Fontes de renda dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	52
Tabela 5	Comorbidades autorreferidas pelos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	53
Tabela 6	Complicações físicas relacionadas à DRC e à diálise peritoneal, referidas pelos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	54
Tabela 7	Estatística descritiva e confiabilidade das dimensões do KDQOL-SF TM dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal (exceto quando indicado), em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	56
Tabela 8	Estatística descritiva e teste de comparação entre as avaliações das dimensões do KDQOL-SF TM em 2010 para os 48 pacientes que saíram do estudo e os 34 que permanecem nas duas medidas. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	59
Tabela 9	Estatística descritiva e test-t pareado das dimensões do KDQOL-SF TM para os 34 participantes do estudo que permanecem nas duas avaliações, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	61
Tabela 10	Estatística descritiva e teste de comparação das diferenças entre as duas avaliações das dimensões do KDQOL-SF TM para os homens e mulheres participantes do estudo, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	63

Tabela 11	Estatística descritiva e teste de comparação das diferenças entre as duas avaliações das dimensões do KDQOL-SF™ para 34 participantes adultos e idosos, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	66
Tabela 12	Estatística descritiva e teste de comparação das diferenças entre as duas avaliações das dimensões do KDQOL-SF™ para os 34 participantes que realizavam DPAC ou DPA, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	69
Tabela 13	Coeficientes de Correlação de Pearson entre as dimensões genéricas do KDQOL-SF™, variáveis sociodemográficas e clínicas dos 34 participantes do estudo, no período de 2010 a 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	72
Tabela 14	Coeficientes de Correlação de Pearson entre as dimensões específicas do KDQOL-SF™, variáveis sociodemográficas e clínicas dos 34 participantes do estudo, no período de 2010 a 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	73
Tabela 15	Risco de óbito dos pacientes em diálise peritoneal, de acordo com características sociodemográficas e clínicas. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	76
Tabela 16	Risco de óbito pelo modelo de risco proporcional de Cox para variáveis de interesse. Ribeirão Preto-SP, 2012.....	82

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades básicas da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
BRAZPD	Brazilian peritoneal dialysis multicenter study
CaxP	Produto cálcio e fósforo
DP	Diálise peritoneal
DPA	Diálise peritoneal automatizada
DPAC	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPI	Diálise peritoneal intermitente
DRC	Doença renal crônica
HD	Hemodiálise
KDIGO	Kidney disease: improving global outcomes
K/DOQI	Kidney disease outcomes quality initiative
KDQOL-SF™	Kidney disease and quality of life - short form
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada a saúde
SCF	Sumário do componente físico
SCM	Sumário do componente mental
SF- 36	Medical outcomes study 36-item short-form health survey
TRS	Terapia renal substitutiva
TFG	Taxa de filtração glomerular
PTH	Paratormônio
SUS	Sistema único de saúde
USRDS	United states renal data system

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Justificativa do estudo.....	16
1.2	A Doença Renal Crônica e a Diálise Peritoneal.....	17
1.3	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes em diálise....	22
2.	OBJETIVOS.....	33
2.1	Objetivo Geral.....	34
2.2	Objetivos Específicos.....	34
3.	MÉTODO.....	35
3.1	Delineamento e período da pesquisa.....	36
3.2	Local da pesquisa.....	36
3.3	Aspectos éticos.....	37
3.4	Participantes da pesquisa e procedimento de coleta de dados.....	37
3.5	Instrumentos utilizados	41
3.6	Processamento e análise dos dados.....	43
4.	RESULTADOS.....	46
4.1	Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica dos pacientes.	47
4.2	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes em Diálise Peritoneal, segundo o KDQOL-SF TM	55
4.3	Análise de sobrevivência dos pacientes em Diálise Peritoneal.....	75
5.	DISCUSSÃO.....	83
6.	CONCLUSÃO.....	110
	REFERÊNCIAS.....	113
	APÊNDICES.....	126
	ANEXOS.....	134

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa do estudo

A Diálise Peritoneal (DP), embora tenha sido apontada, nos últimos anos, como uma modalidade dialítica tão eficaz quanto a hemodiálise (HD), ainda é pouco utilizada. No Brasil, menos de 9% dos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) terminal fazem DP (SESSO et al., 2014).

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) representa esperança para muitos pacientes que dela dependem para se manter vivos, entretanto não é capaz de substituir a função fisiológica dos rins de modo idêntico, resultando em alguns incômodos para estes pacientes (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002). Sabe-se que a DRC, bem como o tratamento dialítico, afetam os aspectos físicos e acarretam consequências marcantes em relação aos aspectos humanos, sociais e econômicos para o paciente, família e amigos (SÃO PAULO, 2007).

O transplante renal é apontado como a TRS que garante melhor Qualidade de Vida (QV) ao paciente (ALVARES et al., 2012; GRIVA et al., 2009). No entanto, o número de transplantes ainda é insuficiente no país e no mundo, sendo assim a maior parte desses pacientes, quando o deseja e tem indicações para o procedimento, passa anos em diálise à espera do transplante (BOHLKE et al., 2008).

Portanto, faz-se necessário conhecer de que forma os pacientes estão vivendo os anos proporcionados pelas TRSs em especial pela DP, ainda pouco explorada no Brasil. Nesta direção a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido apontada como um constructo que qualifica os aspectos da vida do paciente. E pode ser considerada uma ferramenta relevante na análise do cuidado à saúde, do custo-benefício do tratamento e da eficácia das intervenções terapêuticas em pacientes com doenças crônicas, dentre elas a DRC (THONG; KAPTEIN, 2009).

Baixos escores de QVRS, percebidos pelos pacientes em diálise, têm sido assinalados como preditores de falência da técnica em DP, morbidade, hospitalização e mortalidade (KALANTAR-ZADEH; UNRUH, 2005; MAPES et al., 2003; OSTHUS et al., 2012; REVUELTA et al., 2004; SANTOS, 2005; SANTOS, 2012; SHIAO et al. 2009).

No Brasil, há escassez de estudos transversais que avaliem a QVRS de pacientes em DP (ARENAS et al., 2009; BOHLKE et al., 2008; GRINCENKOV et al.,

2011; OLIVEIRA et al., 2012) e esta escassez é ainda maior, ao se referir a estudos do tipo longitudinal. Foi encontrado um artigo elaborado com dados do estudo multicêntrico intitulado Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study (BRAZPD), no qual a QVRS dos pacientes em DP foi avaliada por meio de instrumento genérico SF-36 em seguimento de 12 meses (GRINCENKOV et al., 2013), enquanto o único que avaliou a QVRS de pacientes em DP e em HD por meio de instrumento genérico e específico, o *Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™)*, seguiu os pacientes também por 12 meses (ABREU et al., 2011). Há, portanto, carência de estudos brasileiros sobre as mudanças que podem ocorrer na QVRS dos pacientes em DP, com o passar do tempo.

Reconhecer os aspectos da QVRS dos pacientes em DP que se modificam ou não com o passar do tempo, por meio da utilização de um instrumento genérico e específico, o KDQOL-SF™ pode proporcionar subsídios para intervenções nos aspectos mais prejudicados pela doença e tratamento. Acrescido que, a análise de causa e efeito das possíveis relações entre a QVRS e os aspectos sociodemográficos, clínicos e laboratoriais e desfecho óbito também podem ser úteis para determinar aspectos-alvo para o planejamento da assistência aos pacientes.

Segundo Boudreau e Dubé (2014), o enfermeiro atuante em nefrologia, ao conhecer a percepção do paciente em TRS sobre sua QV, pode aprimorar seu trabalho, desenvolvendo planos de cuidados individualizados bem como implementando intervenções eficazes de enfermagem.

1.2 A Doença Renal Crônica e a Diálise Peritoneal

Na DRC, os rins, que são órgãos fundamentais na manutenção da homeostasia interna das funções endócrina, metabólica e no equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, sofrem injúria inicial seguida de perda lenta, progressiva e irreversível de suas funções (GONÇALVES, 2010; PECOITS-FILHO; RIELLA, 2010; SÃO PAULO, 2007).

É uma doença, em geral, de curso prolongado, insidioso e muitas vezes de evolução assintomática (BRASIL, 2014). Em geral, a manifestação clínica da DRC é proporcional à massa renal perdida, e os sinais e sintomas de acometimento de

órgãos específicos são variáveis entre os pacientes, sendo os mais comuns nos sistemas: renal (nictúria, poliúria, oligúria, edema), cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, arritmia), hematológico (anemia, coagulopatia, linfocitopenia), gastrointestinal (anorexia, náuseas/vômitos, hemorragia), neurológico (fadiga, insônia, irritabilidade, alterações do estado mental, câimbras, fraqueza muscular, neuropatia periférica), metabólico (infertilidade, amenorreia, impotência, distúrbio mineral e ósseo, hiperparatireoidismo secundário, desnutrição), dermatológico (palidez, prurido, equimoses) dentre outros como, expansão e depleção de volume, hiperpotassemia, acidose metabólica, hipocalcemia, hiperfosfatemia, hipo/hipernatremia, hipermagnesemia (BREGMAN, 2007; GONÇALVES, 2010; THOMÉ et al., 2006).

A mensuração da taxa de filtração glomerular (TFG) é apontada como o melhor método para diagnosticar, classificar e acompanhar a progressão da DRC. A TFG (em mL/min/1,73m²) divide a DRC nas categorias: G1- estágio da DRC no qual há lesão renal com TFG normal ou aumentada (≥ 90 mL/min/1,73m²), G2- estágio da DRC no qual há lesão renal com ligeira diminuição da TFG (60-89 mL/min/1,73m²), G3a- estágio da DRC no qual há declínio moderado da TFG (45-60 mL/min/1,73m²), G3b- estágio da DRC no qual há declínio de moderado a grave da TFG (30-44 mL/min/1,73m²), G4- estágio da DRC no qual há grave declínio da TFG (15-29 mL/min/1,73m²) e G5- estágio terminal da DRC (< 15 mL/min/1,73m²), no qual há necessidade de TRS (KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO), 2013; PECOITS-FILHO; RIELLA, 2010).

São determinados como pacientes com DRC, por definição, aqueles que apresentam por mais de três meses algum dos critérios: albuminúria (> 30 mg/24h), anormalidades no sedimento urinário, distúrbios eletrolíticos e outros devido a lesões tubulares, anormalidades detectadas por exame histológico, anormalidades estruturais detectadas por exame de imagem, história de transplante renal ou TFG diminuída < 60 ml/min/1,73 m² (categorias de TFG G3a-G5) (KIRSZTAJN et al., 2014).

O organismo pode se adaptar às discretas manifestações clínicas que ocorrem nos estágios iniciais da DRC, entretanto nos estágios mais avançados da doença, nos quais há grave desequilíbrio da homeostase interna, o paciente sofre com o impacto clínico causado pela retenção das toxinas urêmicas não eliminadas (BREGMAN, 2007; KDIGO, 2013; PECOITS-FILHO; RIELLA, 2010).

São consideradas condições de risco para a DRC: a diabetes, a hipertensão arterial sistêmica, a obesidade, a idade avançada, a presença de DRC na família, a doença cardiovascular, o tabagismo e o uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014).

Conforme as diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica, o paciente encaminhado precocemente ao serviço especializado tem vantagens, a destacar: possibilidade de fazer o tratamento conservador adequado e assim preservar a função renal e postergar o início do tratamento dialítico; conhecer cada uma das possíveis modalidades, suas vantagens e desvantagens se preparando assim para o tratamento dialítico, bem como escolher com a equipe de profissionais da diálise a modalidade que melhor atende à sua condição clínica e ao seu estilo de vida (KDIGO, 2013).

A recomendação para o início da TRS para o paciente com DRC está pautada na presença de um ou mais dos seguintes critérios: sintomas ou sinais atribuíveis à insuficiência renal, incapacidade no controle da pressão arterial ou volume, piora progressiva do estado nutricional refratário à intervenção dietética ou déficit cognitivo. Essas condições são frequentes na presença da TFG entre 5 e 10 ml/min/1,73m² (KDIGO, 2013).

Em 2011, os países México, EUA e Japão apresentaram as maiores taxas de incidência de pacientes com DRC terminal com 527, 362, e 295 pacientes por milhão de habitantes, respectivamente. A prevalência chegou a 2.309 por milhão em 2011 no Japão, enquanto as taxas de 1.924, 1.662 e 1.661 foram relatadas pelos EUA, por Portugal e Singapura (UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS), 2013).

No Brasil, dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) evidenciam o aumento do número estimado de pacientes com DRC terminal em TRS, ao longo dos anos. Eram 42.695 em 2000, 91.314 em 2011 e 97.586 pacientes em TRS em 2012. Em 2012, a taxa de prevalência de pacientes em diálise era de 503 pacientes por milhão da população (pmp), e a taxa de incidência era de 177 pacientes pmp. Destaca-se dos 34.366 pacientes que iniciaram tratamento no Brasil, mais de 50% estavam na região Sudeste (SESSO et al., 2014).

A prevalência de pacientes em TRS no Brasil tem se mostrado inferior a de países com perfil semelhante de desenvolvimento, sugerindo a necessidade de melhorar tanto a identificação quanto o tratamento dos pacientes em risco para a

DRC. É preciso, também, aprimorar o diagnóstico e tratamento precoce da doença já instalada, a fim de reduzir desfechos desfavoráveis, a exemplo da mortalidade por doença cardiovascular e a da progressão para DRC terminal (BRASIL, 2014).

As terapias disponíveis para o manejo da DRC terminal não levam à cura do paciente, mas substituem parcialmente a função renal, atenuam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007). A TRS pode ser realizada por meio de modalidades dialíticas: hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP) ou pela realização de transplante renal (TR).

A DP é um procedimento dialítico no qual o peritônio, membrana intra-abdominal, semipermeável e bastante vascularizada, é utilizado como um filtro natural e reutilizável. Cirurgicamente, um cateter denominado de Tenckhoff é implantado no abdome do paciente com DRC e através dele são infundidos na cavidade abdominal de um a três litros de solução com dextrose e eletrólitos que, após um período de permanência variável na cavidade abdominal, são drenados, sendo capaz de retirar do organismo, por difusão e ultrafiltração, o excesso de líquidos, substâncias exógenas, endógenas e substâncias tóxicas ao organismo, restabelecendo o equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico (MANFREDI et al., 2011; PECOITS-FILHO, MORAES, 2010).

Existem três tipos de DP que são mais difundidos: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI).

A DPAC pode ser realizada em domicílio pelo próprio paciente ou por um familiar/cuidador, desde que capacitados previamente pelo enfermeiro para a realização do procedimento dialítico. O líquido dialítico é infundido na cavidade peritoneal e permanece por seis a oito horas, período no qual ocorrem as trocas entre este líquido e o sangue, através da membrana peritoneal. Após o período de permanência, o líquido é drenado e substituído por outra solução. Em geral, são feitas quatro trocas ao dia. Existe uma variação deste tipo de DP, na qual o paciente passa entre 8 e 10 horas com a cavidade vazia, em geral à noite (Diálise Peritoneal Ambulatorial Diurna) (FIGUEIREDO, 2006; GOES JUNIOR et al., 2006; MANFREDI et al., 2011).

A DPA é realizada também em domicílio, por meio de uma cicladora, durante o período de sono e repouso do paciente. No período são realizados, automaticamente, de 6 a 8 ciclos com duração de uma a uma hora e meia cada

troca, nas quais ocorrem a infusão, a permanência e a drenagem do líquido da cavidade abdominal. O paciente pode permanecer com líquido na cavidade abdominal durante o dia (Diálise Peritoneal Cíclica Contínua) ou não (Diálise Peritoneal Intermitente Noturna) (FIGUEIREDO, 2006; GOES JUNIOR et al., 2006).

Em uma forma alternativa da DPA, denominada Tidal, após a infusão do volume inicial, apenas parte do volume do dialisato é drenado. Nesta forma de manejar a DPA, o paciente sempre terá dialisato dentro da cavidade abdominal, aumentando assim a depuração do soluto, esta também é apontada como alternativa para melhora da dor que ocorre no final da drenagem (FIGUEIREDO, 2006; PECOITS-FILHO, MORAES, 2010).

A DPI geralmente é realizada duas vezes por semana, em ambiente hospitalar e por equipe profissional preparada, o paciente precisa permanecer internado de 12 a 36 horas consecutivas para realização do procedimento (FIGUEIREDO, 2006). Essa técnica praticamente está em desuso devido à sua baixa eficácia e à má QV proporcionada ao paciente. Foi utilizada por 0,1% dos pacientes em DP nas 39,1% das unidades de diálise do Brasil (SESSO et al., 2014).

Pecoits-filho e Moraes (2010) colocam que a prescrição da DP é feita pelo médico, conforme as peculiaridades e necessidades de cada paciente, e pode variar quanto ao método (manual ou automatizado), o regime terapêutico (contínuo ou intermitente), o volume de infusão, o volume de drenagem, o tempo de permanência do dialisato na cavidade, o número de trocas diárias, bem como as características específicas das soluções de diálise que podem ter diferentes concentrações de glicose. Uma importante ferramenta a ser considerada na prescrição da diálise do paciente em DP é o Teste de Equilíbrio Peritoneal (PET), por meio do qual é possível avaliar as características da permeabilidade do peritônio e classificar assim o peritônio em: alto, médio-alto, médio-baixo e baixo transportadores (FIGUEIREDO, 2006).

A DP teve início no Brasil há mais de 30 anos, porém as publicações sobre a epidemiologia e experiência clínica neste tipo de TRS, bem como o número de pacientes que optam por ela ainda são pequenos (FERNANDES et al., 2008; GRINCENKOV et al., 2013; RIELLA; LOCATELLI, 2007).

No Brasil, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), estimava-se que 8,4% dos 97.586 pacientes em terapia renal substitutiva, no ano de 2012, estavam em diálise peritoneal (SESSO et al., 2014).

Essa distribuição é variável pelo mundo. Resultados semelhantes aos encontrados em pacientes brasileiros em DP foram verificados na Espanha 10,6%, em Taiwan 10,4%, na França 10,2 %, no Uruguai 9,9%, na Sérvia 9,1%, na Áustria e Rússia 8,4%, na Malásia 8,3%, na Turquia 8,2% e nos Estados Unidos 7,4% (USRDS, 2013). Em contrapartida, em alguns locais, o percentual de DP no ano de 2013 atingiu 74% em Hong Kong, 49,4% no México, 33,2% na Nova Zelândia e 30,9% na Colômbia. Ainda assim a HD foi apontada como tipo de TRS predominante em mais de 76% dos países que forneceram dados para o programa (USRDS, 2013).

Em alguns países desenvolvidos, têm sido notados os efeitos do incentivo na forma de pagamento à diálise peritoneal, como é o caso dos EUA. Em 2011, o número de novos pacientes que iniciaram o tratamento da DRC terminal em hemodiálise diminuiu 1,5%, a primeira queda registrada em mais de três décadas, enquanto observou-se o crescimento, pelo terceiro ano consecutivo, dos que iniciaram o tratamento em DP, em torno de 6,6 % dos pacientes (USRDS, 2013).

A DP é avaliada como uma esperança de vida por muitos pacientes, entretanto a longa permanência em tratamento acarreta complicações de ordem física, psicológica e social, resultando em impacto negativo sobre a Qualidade de Vida (QV) (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002). Por outro lado, Sadala et al. (2012) apontam que com o passar do tempo, embora o paciente se sinta desanimado em função da dependência do tratamento e de todas as mudanças ocorridas em sua vida, ele continua a lutar e acaba por aceitar o tratamento, utilizando diferentes estratégias a depender da fase da vida, os mais jovens almejam o transplante, e os mais velhos buscam se manter bem.

1.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes em diálise

A QV tem recebido muita atenção nas últimas décadas, entretanto não se tem uma definição consensual entre os pesquisadores da temática para este constructo, sendo encontrado de diversas formas na literatura. Paschoal (2002) acredita que a variação na definição deste construto pode ser explicada pela incorporação de significados próprios à QV, de acordo com cada pessoa, cultura,

tempo e área de aplicação.

O grupo de estudiosos da Organização Mundial da Saúde sobre QV a define como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1993).

Seidl e Zannon (2004) referem que há indicativos de que o termo QV surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 1930 e que houve crescimento acentuado nas pesquisas da temática, a partir da década de 1980.

Trata-se de uma noção humana que abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos. Estes significados são ainda influenciados pelo momento histórico, pela classe social e pela cultura a que pertencem às pessoas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Apontada como uma variável de difícil definição, a QV tem características básicas atreladas ao seu conceito: a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade. Subjetividade por se tratar de uma percepção única para cada pessoa, o que ilustra a opinião do paciente sobre sua própria saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida. A característica da multidimensionalidade, por ser composta de aspectos outros como autonomia, manutenção do emprego, o impacto das relações familiares, os recursos econômicos e muitas outras circunstâncias da vida, não se limitando aos aspectos relacionados diretamente à saúde. E, finalmente tem a característica da bipolaridade, que se refere à inclusão de dimensões tanto positivas quanto negativas (MOREIRAS-PLAZA, et al., 2011; WHOQOL, 1993).

A QV engloba um conceito genérico, mais abrangente sobre os aspectos da vida, em geral, influenciada por estudos sociológicos, enquanto a QVRS aborda aspectos relacionados ao impacto de doenças e das intervenções em saúde na vida da pessoa (SEIDL; ZANNON, 2004).

Acredita-se que a introdução do termo QV na área da saúde com o passar do tempo tenha se dado em função da recuperação da saúde e do prolongamento da vida trazidos pelo avanço tecnológico, bem como pela mudança no perfil epidemiológico no qual as comorbidades crônicas passaram a ser predominantes, associadas à tendência de mudanças sobre a visão de ser humano antes como ser biológico passando para um agente social (BELASCO; SESSO, 2006).

Na área da saúde, os pesquisadores têm interesse nos aspectos da QV que são afetados pela doença e tratamento, sendo assim a avaliação da QV nesta área

está baseada na autopercepção da pessoa em relação ao impacto de uma série de aspectos clínicos e não clínicos, importantes e capazes de influenciar sua saúde. Exemplos desses aspectos são: a avaliação da saúde geral, a saúde física, o estado mental/emocional, a função social, a função sexual, os aspectos ligados à doença, além de consequências indiretas como o desemprego e as dificuldades financeiras que confluem em um constructo designado Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999; FAYERS; MACHIN, 2007). Termo este que passou a ser utilizado para evitar a ambiguidade, distinguindo a QV definida pelo senso comum da definição utilizada na prática e nos estudos clínicos (FAYERS; MACHIN, 2007).

A QVRS trata-se, portanto, de um conceito multifatorial e subjetivo, e por assim ser, deve ser avaliada pela própria pessoa, especialmente no caso do paciente em DP que, na maioria das vezes, é o responsável direto por seu tratamento e por tal razão está sujeito às mudanças impostas pela DRC e pelo tratamento dialítico. Para que os aspectos subjetivos vividos e sentidos pelos pacientes possam ser transformados em medidas objetivas e assim possam ser quantificadas e analisadas de forma global ou específica, são utilizados instrumentos a fim de mensurar a QVRS (CICONELLI, 2003).

A expressão “estado de saúde percebido” tem sido utilizada como sinônimo de QVRS e tem como objetivo conhecer o quanto a doença e seus sintomas podem interferir na vida diária da pessoa. É avaliada em domínios ou dimensões que são conjuntos de questões agrupadas nos instrumentos de avaliação que são capazes de traduzir a percepção da pessoa sobre uma determinada área do seu comportamento ou da sua condição humana (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006; FAYERS; MACHIN, 2007).

Embora não haja uma única definição de QVRS e esta pode ser avaliada de diferentes formas pelos autores dos estudos, as dimensões que em geral compõem os instrumentos de QVRS são: função física, função emocional, função social, função cognitiva bem como dimensões que avaliam outros sintomas sejam eles gerais ou específicos: distúrbios do sono, função sexual, energia/vitalidade, dor, satisfação com a vida, imagem do corpo entre outros (FAYERS; MACHIN, 2007; MOREIRAS-PLAZA et al. 2011).

Inúmeros instrumentos propostos a avaliar a QVRS têm sido desenvolvidos. Os instrumentos são construídos e validados para populações e culturas

específicas, a fim de preservar seu conteúdo semântico e garantir assim a equivalência entre as duas populações. É necessário adaptar o instrumento antes de aplicá-lo em uma população com língua e cultura diferentes. Proceder à adaptação de um instrumento tem vantagens quando comparada à elaboração de um novo instrumento, a citar: o menor custo, a rapidez e a possibilidade de comparar os resultados de diferentes estudos e populações (MOREIRAS-PLAZA et al. 2011).

Para que um instrumento seja capaz de mensurar o desfecho desejado de modo válido e confiável, alguns requisitos são necessários na elaboração do mesmo: a confiabilidade, a validade e a responsividade. A confiabilidade se refere ao quanto um instrumento pode ser replicado repetidamente nas mesmas pessoas, produzindo resultados semelhantes. A validade se refere à habilidade de um instrumento medir aquilo que se propõe, e a responsividade ou sensibilidade é a habilidade do instrumento em detectar pequenas, porém relevantes, mudanças na população (DUARTE; CICONELLI, 2005).

Os instrumentos de QVRS podem ser classificados em genéricos ou específicos, de acordo com o tipo de informação que consegue captar sobre a pessoa. O instrumento genérico aborda condição de saúde ou não, passível de ser utilizado em diferentes doenças e grupos de pacientes, bem como na população geral, podendo assim ser utilizado para comparar indivíduos doentes e sadios, ou com diferentes doenças, impossibilita detecção de impacto de particularidade de determinada doença na QVRS. O instrumento específico, projetado para uma população ou de uma doença, inclui as dimensões mais relevantes para os pacientes que podem estar afetados por uma condição específica e sendo assim são mais sensíveis para alterações clínicas, mas não permite que sejam feitas comparações de QVRS entre pacientes com diferentes doenças ou com a população sadia (FAYERS; MACHIN, 2007). A avaliação mais completa inclui a associação dos dois tipos de instrumentos (MOREIRAS-PLAZA et al., 2011).

Santos e Kerr (2008) referem que, embora na prática médica as variáveis clínicas sejam utilizadas para guiar intervenções e determinar prognósticos, a mensuração da QVRS também deve ser considerada como um parâmetro, já que as inovações tecnológicas na área têm postergado a morte e diminuído as complicações das doenças crônicas, o que não impede que, ao longo dos anos, várias dimensões da vida do paciente sejam afetadas.

Moreiras-Plaza et al. (2011) colocam que estudos sobre a QVRS em geral

têm sido direcionados aos pacientes com doenças crônicas, visto que esta cronicidade pode desencadear deterioração e limitações progressivas e, conseqüentemente, aumentam e muito as demandas de assistência à saúde. Neste cenário, a DRC merece destaque diante do aumento crescente de pacientes, do quadro sociodemográfico e epidemiológico e da possibilidade da TRS.

A QVRS é apontada também como um importante preditor de morbidade e mortalidade na DRC terminal (KALANTAR-ZADEH et al. 2001; LOPES et al., 2003; MAPES et al., 2003, OSTHUS et al., 2012; SANTOS, 2012; SHIAO et al., 2009).

A Diabetes *mellitus* também se mostrou frequente na população estudada por Oliveira (2010), foram observados menores escores na dimensão função física para os pacientes em DP com a doença, situação que sugere o prejuízo na função física nestes pacientes. Shiao et al., (2008) observaram que baixos escores no sumário do componente físico da QVRS de pacientes em DP e que a presença de Diabetes *mellitus* estava relacionada à diminuição na sobrevida destes pacientes.

Tem sido recomendado avaliar a QVRS no início da DRC, estabelecendo assim a linha de base, bem como a reavaliação ao longo do tempo, monitorando as alterações e o efeito das intervenções, um dos instrumentos sugeridos é o KDQOL - SFTM (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI), 2002).

Na literatura, existem disponíveis vários instrumentos capazes de mensurar a QVRS. No estudo de revisão sistemática realizado por Spiegel et al. (2008), os instrumentos *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) e o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (KDQOL -SFTM) foram apontados como os mais utilizados para avaliar a QVRS de pacientes em diálise.

O KDQOL-SFTM foi desenvolvido pelo *Kidney Disease Quality Of Life* (KDQOL-SFTM) *Working Group* RAND Corporation e foi traduzido, validado e adaptado para a cultura brasileira por Duarte et al. (2003). A análise de reprodutibilidade intra e interobservador foi testada e demonstrou significância estatística nas 19 dimensões do instrumento. Portanto, o KDQOL-SFTM provou ser válido e reprodutível para avaliação da QVRS de pacientes brasileiros com DRC terminal em hemodiálise e em diálise peritoneal (DUARTE, 2003; DUARTE et al., 2003; DUARTE; CICONELLI; SESSO, 2005).

Esse instrumento possui a vantagem de possuir dimensões genéricas e específicas para a DRC terminal, utilizadas na avaliação da QVRS das pessoas em diálise, fato que colabora para a mensuração de mudanças que podem ocorrer ao

longo do tempo. Traz como medida genérica o MOS 36 Item *Short-Form Health Survey* (SF-36) que avalia a saúde geral da pessoa e consiste em oito domínios sobre saúde física e mental. Anexada ao SF-36, tem-se uma escala multi-itens que aborda as pessoas com DRC terminal em diálise, esta inclui 43 itens direcionados à doença renal (HAYS et al., 1994; DUARTE, 2003).

No Brasil, poucos estudos foram desenvolvidos utilizando o KDQOL-SF™, ainda assim com desenho transversal e concentrado na população em HD (KUSUMOTA et al., 2008; LOPES et al., 2007; SCHARDONG; LUKRAFKA; GARCIA, 2008). Com relação à investigação nacional de pacientes em DP utilizando o instrumento KDQOL-SF™, um estudo transversal pesquisou 82 pacientes em DPAC e DPA em Ribeirão Preto-SP (OLIVEIRA, 2010). Foi encontrado apenas um estudo longitudinal que avaliou a QVRS por meio do KDQOL-SF™ de pacientes em HD e DP, em um seguimento de 12 meses (ABREU et al., 2011).

Considerando que o transcorrer dos anos em diálise pode ser considerado como um fator de sobrecarga para o paciente em função, principalmente, do aparecimento das complicações da doença, é essencial conhecer a evolução clínica e da QVRS destes pacientes e a relação entre essas variáveis.

Spiegel et al. (2008) consideram a ligação entre QVRS e a mortalidade, mas ressaltam que a monitorização dos parâmetros laboratoriais tradicionais ainda é encarada como prioridade na condução do tratamento dos pacientes com DRC em diálise, sendo assim advertem para investigações que determinem a associação entre a QVRS e os parâmetros laboratoriais.

Alguns parâmetros clínico-laboratoriais são mensurados periodicamente nos pacientes em diálise, visto que as consequências nutricionais, hematológicas, dentre outras, constituem fatores responsáveis pelo aumento da morbidade do paciente em diálise e podem ser considerados como preditores de piora da QVRS ao longo do tempo, tais como a mudança nos níveis de albumina e hemoglobina (SONI; WEISBORD; UNRUH, 2010).

A desnutrição proteico-calórica no paciente renal crônico é comum e está associada ao risco elevado de óbito. Esta evolui à medida que as alterações orgânicas da DRC resultam em distúrbios do metabolismo de todos os nutrientes (GONÇALVES et al., 2010). Os pacientes em DP podem desenvolver a desnutrição em virtude de vários fatores tais como, perda de proteínas e vitaminas no líquido de diálise, diálise inadequada, bem como fatores psicológicos e sociais. Estes

pacientes podem ter ainda falta de apetite relacionada à presença de dialisato na cavidade abdominal, bem como a absorção de glicose presente no dialisato (CHUNG; CARRERO; LINDHOLM, 2011). A albumina sérica é um dos principais parâmetros laboratoriais para a avaliação do estado nutricional do paciente renal crônico (SPIEGEL et al., 2008).

É possível verificar na literatura a relação da albumina com a QVRS nos aspectos físicos e mentais, em pacientes em diálise (FUGISAWA et al., 2000; GAYLE, 2009; SANTOS; KERR, 2008). A prevalência de hipoalbuminemia foi associada à maior morbidade e mortalidade (SHARMA, et al. 2000).

A anemia, quadro também comum no paciente em diálise, é causada principalmente pela deficiência da produção de eritropoetina pelos rins (RIELLA, 2010). A associação entre a anemia, morbidade e mortalidade em DP tem sido apontada pela literatura (LI; FOLEY; COLLINS, 2004). Tal condição influencia negativamente os vários aspectos da vida dos pacientes. A reposição da eritropoetina, nos pacientes em diálise, tem sido feita com bons resultados clínicos e tem sido associada à melhora nos escores de QVRS em pacientes em tratamento dialítico (VALDERRÁBANO, 2000).

Com o declínio da função renal, é comum a ocorrência do distúrbio mineral e ósseo (DMO), condição causada pela desregulação dos níveis de cálcio (Ca), fósforo (P), paratormônio (PTH), e vitamina D que tem sido apontada como importante causa de morbidade, piora da QV e calcificação extraóssea em pacientes em HD (MOE; DRÜEKE, 2008; KDIGO, 2009).

Outro fator importante, a ser abordado nos pacientes em DP, são as complicações infecciosas, das quais a peritonite continua sendo a mais comum e frequente causa de retirada de cateter e saída de programa dialítico, com incidência de um episódio por paciente em 28 meses, bem como responsável por óbitos e uso de antibióticos (PECOITS-FILHO, 2007; RIELLA, 2010). A peritonite é ainda um fator determinante de morbimortalidade de pacientes em DP. Pode estar associada à falha no procedimento dialítico, bem como à ausência parcial ou total de cuidadores, o que pode resultar em hospitalizações com distanciamento do domicílio e da família (ABRAHÃO et al., 2010).

A realização da DP pode gerar também complicações outras de origem mecânica e metabólica, além de várias condições comórbidas advindas da cronicidade da doença e tratamento que podem levar os pacientes em DP a

necessitar de internações hospitalares. Ainda que os pacientes em DP tenham menor número de internações, quando comparados àqueles em HD, 29,7% e 47,8% respectivamente, as internações, geralmente, repercutem em piores escores de QVRS para quase a totalidade das dimensões avaliadas (ZHANG, et al., 2007).

Menores escores nas dimensões do componente físico da QVRS têm sido atribuídos ao aumento do número de internações de pacientes em HD (MAPES et al., 2003; SANTOS, 2005). Diante desses achados, torna-se preponderante estudar a ocorrência de internações ao longo do tempo dos pacientes em DP e identificar a sua influência na QVRS dos pacientes.

São várias as causas de perda do funcionamento adequado do peritônio para a diálise que levam à falência da técnica dialítica. Em estudo multicêntrico, prospectivo e observacional realizado com pacientes em DP no Brasil, foi encontrada uma taxa de 16,6% de falência da técnica na região Sudeste do país e um tempo médio de falência da técnica de $9,7 \pm 6$ meses (FERNANDES et al., 2010). Embora estas taxas não sejam muito altas, são significativas diante das repercussões físicas, psicológicas e sociais nas vidas dos pacientes que necessitam ser transferidos de modalidade de diálise, na maioria das vezes para hemodiálise.

São apontados como principais fatores de risco para falência da técnica: peritonite, idade avançada, *status* nutricional prejudicado, hipoalbuminemia, presença de Diabetes *mellitus*, DPAC, pacientes autotransportadores, centros com menor número de pacientes além da dificuldade de adequação da diálise associada à falência da membrana peritoneal que com o passar do tempo sofre modificações em função de exposição prolongada às soluções de diálise, levando à esclerose peritoneal (SUASSUANA, 2009).

Tem sido observado piores escores de QVRS nos idosos em diálise (JONGE et al. 2003; GAYLE et al., 2009). A idade também é um aspecto relevante, ao investigar os pacientes em DP. Foi observado em estudo prévio com a população em DP atendida em Ribeirão Preto, que a maior parte era composta por idosos, e uma parcela significativa era de pacientes com mais de 50 anos de idade, ou seja, adultos se tornariam idosos em menos de uma década (OLIVEIRA, 2010). Tais resultados somados ao entendimento sobre as limitações impostas pelo processo do envelhecimento e às restrições impostas pela doença e tratamento podem prejudicar a QVRS com o passar dos anos. Acredita-se ser importante observar qual a relação entre a variável idade e os escores médios das dimensões que compõem a QVRS,

ao longo do tempo.

Ao vislumbrar o conjunto dos fatores expostos, fica claro que é complexa e detalhada a abordagem do paciente renal crônico em DP, sendo pertinente a avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais, bem como de medidas subjetivas de QVRS, a fim de reconhecer os aspectos da vida desses pacientes e suas relações ao longo do tempo.

Spiegel et al. (2008) colocam que, em função da importância de avaliar a QVRS na DRC terminal e da ênfase continuada no monitoramento de parâmetros laboratoriais como determinantes do cuidado de melhor qualidade, faz-se necessário compreender as relações entre tais parâmetros laboratoriais e a QVRS, e assim obter mais subsídios para melhor gerenciar a DRC terminal e a TRS.

Dados sobre a prática clínica e desfechos a longo prazo de pacientes em DP são escassos na América Latina (PECOITS-FILHO, 2007). Ainda é pouco conhecido o impacto do tempo em DP sobre a QVRS. Tal informação contribuiria para tomada de decisões acerca de intervenções terapêuticas, bem como para o planejamento de diretrizes de saúde pública distintas, baseadas também no tempo acumulado em terapia dialítica (SANTOS; PONTES, 2007).

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 mesma e pela forma com que esta interfere em sua vida.

Por outro lado, Santos e Pontes (2007) sugerem que o impacto da terapia dialítica sobre o aspecto mental da QV pode ser abrandado ao longo do tempo pela adaptação psicológica que ocorre, de modo geral, nas doenças crônicas.

Bohlke et al., (2008) investigaram a QVRS entre pacientes em DP e HD, no Sul do Brasil, e apontaram as menores taxas de idade, de tempo em diálise e de índice de comorbidade como preditores de maior escore no componente físico da QVRS.

O avanço tecnológico na área de nefrologia e nos tratamentos dialíticos possibilita maior tempo de vida aos pacientes, no entanto depender constantemente desta tecnologia gera inúmeras mudanças no cotidiano destes pacientes que precisam se adaptar a esta nova forma de viver (OLIVEIRA et al., 2008)

O TR é apontado como a modalidade que reflete melhor QV aos pacientes

com DRC terminal, por aproximar o estado de saúde do transplantado com o anterior à doença, buscando equilibrar a eficácia funcional do enxerto, a integridade física e psicológica do paciente (BURRA; DE BONA, 2007). No entanto, o número de doações de órgãos no Brasil ainda é insuficiente para suprir a demanda de pacientes com DRC terminal com condições de realizá-lo (SANTOS et al., 2009).

Alguns estudos têm indicado que a diálise peritoneal, em geral, garante uma maior satisfação com o tratamento e menor impacto na vida dos pacientes, quando comparados à hemodiálise (JUERGENSEN et al., 2006; RUBIN et al., 2004).

Apesar do expressivo número de pacientes em tratamento dialítico no país e da sabida equivalência entre as modalidades dialíticas, ainda é pequeno o número de pacientes em DP e escasso o número de estudos que avaliam a QVRS desses pacientes, especialmente aqueles estudos de delineamento longitudinal.

Nos dois estudos de seguimento de um ano, que utilizaram o KDQOL-SF™, não foram encontradas diferenças significativas entre as dimensões de QVRS dos pacientes em HD e DP, ao final do estudo (ABREU et al., 2011; MANNS et al., 2003). No entanto, o primeiro estudo evidenciou melhora nas dimensões: sobrecarga da doença renal e satisfação do paciente naqueles que faziam DP. Já no estudo que comparou os pacientes em HD e DP por meio do SF-36 e do *Choices For Healthy Outcomes in Carings for End Stage Kidney Disease* (CHOICE), ao longo de um ano, apesar de não observar diferenças entre a QVRS destes pacientes, perceberam melhora no funcionamento físico, percepção do estado de saúde geral e sono dos pacientes em HD e nas finanças dos pacientes em DP (WU et al., 2004).

Os dois estudos que avaliaram a QVRS entre pacientes em DPA e em DPAC, por meio do KDQOL-SF™ ou somente pelo SF-36, também não encontraram vantagens significativas de uma modalidade sobre a outra ao longo de um e três anos de seguimento. Porém não foi possível visualizar nestes estudos as diferenças entre as médias das dimensões de QVRS com o passar do tempo (BALASUBRAMANIAN; MCKITTY; FAN, 2011; MICHELS et al., 2010).

Sadala et al. (2012) ressaltam a importância de conhecer o que o paciente entende sobre a doença e seu tratamento, bem como as formas como ele enfrenta as mudanças impostas por ambos, para a prática dos enfermeiros. Os autores sugerem que novos estudos explorem a experiência subjetiva dos pacientes para auxiliar os profissionais da saúde a compreenderem as particularidades dos pacientes.

Segundo Santos et al. (2009), no Brasil há poucos dados sobre a evolução, especificamente da QVRS dos pacientes em HD ao longo do tempo, visto que os estudos sobre a QVRS em geral têm delineamento transversal, e os longitudinais já publicados ora são realizados por curto período ora têm o óbito como desfecho primário.

Uma escassez de estudos longitudinais nacionais sobre a QVRS ainda maior pode ser observada na população em DP. Sendo assim considerou-se de extrema relevância a investigação dos aspectos da QVRS que pudessem estar alterados ao longo do tempo na percepção dos pacientes que realizam DP por meio da utilização do instrumento KDQOL-SFTM, bem como verificar quais variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais que influenciaram a QVRS. A partir desses dados, o enfermeiro e a equipe de saúde poderão ter subsídios para avaliar o tratamento do paciente, esclarecer e informar as possíveis modificações pelas quais estes pacientes podem passar no decorrer do tempo em DP, bem como identificar as dimensões da QVRS que necessitam de abordagem na assistência à saúde, e assim ter mais elementos para auxiliar estes pacientes no processo de adaptação às possíveis variações que podem ocorrer ao longo do tratamento crônico em diálise, melhorando a QVRS.

Com este estudo, buscou-se responder às seguintes questões:

- As dimensões de QVRS são constantes, pioram ou melhoram, no período de dois anos, em tratamento por diálise peritoneal?
- Quais as variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais que influenciam os escores de QVRS, ao longo de dois anos em tratamento por DP?
- Quais as variáveis e as dimensões da QVRS que se relacionam ao óbito entre os pacientes em DP, em um período de dois anos?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a evolução clínica e da QVRS de pacientes em DP, dois anos após a primeira avaliação.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a evolução clínica de pacientes em DP, dois anos após a primeira avaliação (permanência em DP, mudança de modalidade dialítica, saída do tratamento, ocorrência de peritonite e de internação e óbito);
- Comparar a QVRS inicial com a obtida dois anos após a primeira avaliação;
- Analisar quais as variáveis preditoras (sociodemográficas, clínicas e laboratoriais) que influenciaram os escores médios da QVRS, dois anos após a primeira avaliação;
- Identificar as variáveis que se relacionaram com o desfecho óbito, no período de dois anos, após a primeira avaliação.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento e período da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva e analítica de delineamento longitudinal, realizada entre os anos de 2010 e 2012.

O delineamento longitudinal de investigações sobre a QVRS tem o interesse em explorar os aspectos de doenças e/ou tratamentos que podem afetar o bem-estar de pacientes, ao longo do tempo (FAIRCLOUGH, 2010).

Neste estudo, na primeira etapa da coleta de dados ocorrida em 2010, foram realizadas a caracterização e a medida inicial da QVRS dos pacientes em DP em Ribeirão Preto. Após dois anos, foram novamente realizadas a caracterização e a avaliação da QVRS dos pacientes que permaneceram em DP, no mesmo município. Para ambas as etapas, foram aplicados os critérios da pesquisa. No período entre a primeira e a segunda avaliação, foram investigadas as variáveis relacionadas à ocorrência de internações, peritonites, mudança na modalidade de diálise, saída do tratamento e o desfecho óbito.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nos dois serviços que ofereciam a modalidade de diálise peritoneal no município 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 e Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto (SENERP).

O primeiro é um serviço público que atendia o total de 44 a 42 pacientes em 2010 e em 2012, respectivamente; e o segundo, trata-se de um serviço privado conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) que atendia o total de 70 a 60 pacientes, nos mesmos períodos.

3.3 Aspectos éticos

Para realização deste estudo, foi obtida permissão das chefias dos serviços pesquisados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 11 de novembro de 2011, de acordo com o protocolo de número 1451/201 (Anexo A).

Tendo em mãos as listas dos pacientes com nomes, registros, telefones e datas de retornos agendados, foi feita uma identificação prévia dos potenciais participantes desta pesquisa.

Foi estabelecido contato com os pacientes, apresentando os objetivos do estudo e, previamente à entrevista, foi solicitado para que os pacientes assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em duas vias, sendo que uma foi entregue ao paciente e a outra foi arquivada pela pesquisadora. Os procedimentos éticos deste estudo atenderam à Resolução 466/12 sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 Participantes da pesquisa e procedimento de coleta de dados

Os participantes desta pesquisa foram os pacientes que realizavam DP, no período de janeiro de 2010 a junho de 2012, e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

1. Ter 18 anos ou mais de idade.
2. 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.
3. Apresentar estado cognitivo preservado, avaliado por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM) e interpretado conforme Brucki et al. (2003), para detectar possíveis prejuízos cognitivos que dificultariam a compreensão dos itens dos instrumentos utilizados no estudo.

4. Não se encontrar hospitalizado por complicações agudas ou em tratamento para peritonite, sendo que as respostas para a avaliação da QVRS desses pacientes poderiam refletir influências psicológicas negativas das vivências situacionais.

O procedimento de coleta de dados foi realizado, exclusivamente, pela pesquisadora nos Serviços de Diálise do estudo de janeiro a março de 2010 (primeira etapa) e de janeiro a junho de 2012 (segunda etapa).

Nas duas etapas, foram feitas entrevistas com cada paciente antes e/ou após a consulta médica ou de enfermagem, nos dias agendados para os retornos ambulatoriais dos pacientes, utilizando os instrumentos de coleta de dados. As entrevistas tiveram duração, aproximada, de 60 minutos.

A Figura 1 representa o fluxograma das etapas da pesquisa, seleção e manutenção dos pacientes, em 2010 e em 2012.

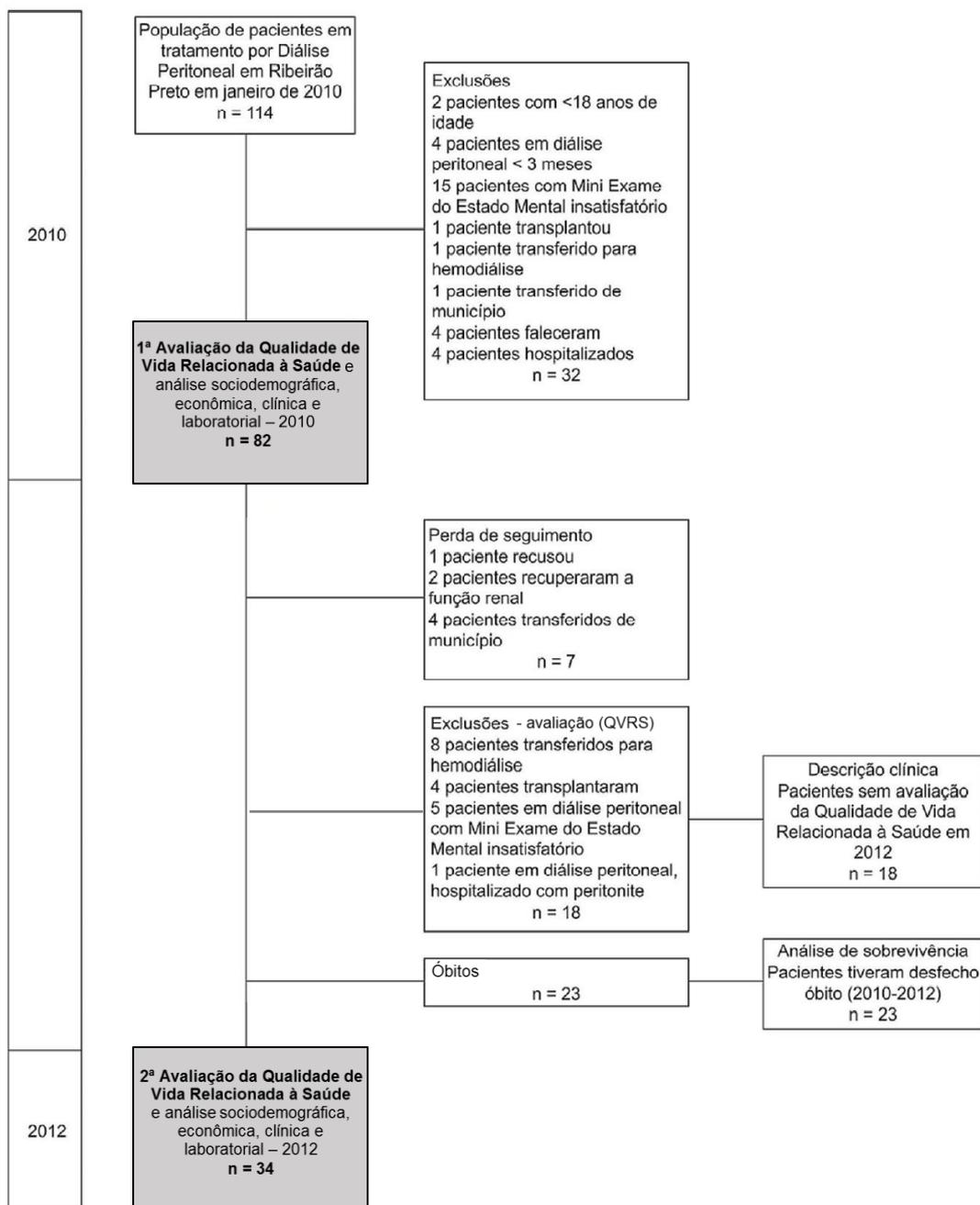


Figura 1 - Fluxograma das etapas da pesquisa, seleção e manutenção dos pacientes, em 2010 e em 2012.

Dos 114 pacientes que realizaram DP em 2010, 82 atenderam a todos os critérios de inclusão e participaram da primeira etapa deste estudo, sendo que houve a exclusão de 32 (28,1%), por motivos diversos, tais como idade menor que 18 anos, tempo em tratamento por DP menor que três meses, avaliação cognitiva insatisfatória, realização de transplante renal, transferência para hemodiálise, transferência de serviço de diálise, óbitos e por complicações clínicas de saúde com e sem necessidade de hospitalização, no período de coleta de dados, em 2010.

No período entre 2010 e 2012, houve a perda de seguimento de sete (8,5%) pacientes: um por recusa, dois por recuperação da função renal e quatro transferidos de município, portanto não completaram o estudo.

Na coleta em 2012, 18 (22%) pacientes foram excluídos da avaliação da QVRS, considerando os critérios de inclusão deste estudo, os quais oito foram transferidos para HD, quatro foram transplantados, cinco pacientes permaneceram em DP, mas tiveram desempenho no Miniexame do Estado Mental insatisfatório e um paciente que também permaneceu em DP e estava hospitalizado com peritonite, no período da coleta de dados. Foi considerado relevante realizar a descrição clínica destes pacientes que participaram da primeira avaliação em 2010, ainda que não tenha sido possível avaliar a QVRS em 2012.

Em 2012, foi realizada a coleta de dados referente aos 23 (30,3%) pacientes que tiveram como desfecho o óbito, no período de 2010-2012.

Por fim, foram entrevistados, em 2012, 34 (41,5%) pacientes que permaneceram em DP no período do estudo e que, no período de coleta de dados da segunda etapa, atenderam aos critérios de inclusão de número 3 e 4.

Vale ressaltar que, durante o período de coleta de dados em 2012, os pacientes que estavam em situações transitórias que poderiam inviabilizar a participação no estudo foram abordados em três momentos posteriores, na intenção de os seus seguimentos não serem perdidos. Os pacientes que ainda assim não se enquadraram nos preceitos da pesquisa, a segunda avaliação de QVRS não foi considerada, mas as variáveis de seguimento foram coletadas com o consentimento dos pacientes.

3.5 Instrumentos utilizados

Instrumento de Avaliação Cognitiva

Foi utilizado o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Anexo B), para o rastreio cognitivo, a fim de minimizar os possíveis vieses ocasionados por dificuldade em compreender o instrumento de QVRS. O MEEM tem aplicabilidade prática assistencial e científica, como um instrumento útil e importante para 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 elaborado por FOLSTEIN, FOLSTEIN e MCHUGH (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 foi baseada na recomendação de Brucki et al. (2003), de acordo com os níveis de corte: 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.

Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, Econômica e Clínica

Versão adaptada de Kusumota, (2005) e submetida à avaliação e validação de face, por três especialistas em nefrologia para alcance dos objetivos deste estudo (Apêndice B).

- Dados sociodemográficos e econômicos: idade, sexo, cor da pele, residência, escolaridade, estado civil, renda, ocupação e com quem vive.
- Dados relacionados à DRC e DP: realização de hemodiálise, nos últimos dois anos, realização de outro tipo de DP, nos últimos dois anos, tempo de realização da DP, complicações físicas associadas à DRC e à DP, causa etiológica da DRC,

comorbidades, diurese residual, uso de medicamentos, apoio informal e formal, uso de eritropoetina e realização de transplante renal nos últimos dois anos, resultados de exames laboratoriais, número de internação e número de peritonite.

- Dados relacionados ao óbito: data e causa.

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Para a avaliação da QVRS, foi utilizado o instrumento KDQOL-SF™ (Anexo C). Optou-se pelo uso desse instrumento por conter dimensões importantes da QVRS e por acreditar que, dentre os instrumentos disponíveis, este aborda o maior número 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 escores médios nas dimensões, identificando os problemas relacionados à saúde dos pacientes. A consistência interna das dimensões do 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).

É composto por uma medida genérica, o MOS 36 Item *Short-Form Health Survey* (SF-36) que avalia a saúde geral da pessoa e consiste em oito domínios sobre saúde física e mental: Funcionamento físico (10 itens), Função física (4 itens), Função emocional (3 itens), Função social (2 itens), Bem-estar emocional (5 itens), Dor (2 itens), Vitalidade (4 itens) Saúde geral (5 itens). E uma escala multi-itens com onze dimensões específicas para pessoas com DRC terminal em diálise: Lista de problemas e sintomas (12 itens), Efeitos da doença renal (8 itens), Sobrecarga da doença renal (4 itens), Situação de trabalho (2 itens), Função cognitiva (3 itens), Qualidade das interação social (3 itens), Função sexual (2 itens), Sono (4 itens),

Suporte social (2 itens), Estímulo por parte da equipe de diálise (2 itens) e Satisfação do paciente (um item) (HAYS et al., 1994; DUARTE, 2003).

Foi estabelecido contato com os membros do KDQOL *Working Group* (Apêndice C) e Priscila Silveira Duarte e Ricardo de Castro Cintra Sesso (Apêndice D), por meio de mensagem eletrônica, para solicitar permissão para utilização do instrumento original e versão em português.

Na primeira etapa de coleta de dados, em 2010, foram aplicados os instrumentos: de avaliação cognitiva, de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica e de avaliação de QVRS para os 82 participantes.

As variáveis de caracterização passíveis de modificação, ao longo do tempo, foram novamente investigadas em 2012, junto ao MEEM e ao KDQOL-SFTM, para os 34 pacientes que permaneceram em DP e atenderam aos critérios de inclusão.

As informações sobre os dados clínicos, laboratoriais e da ocorrência de internações e de peritonite, entre 2010 e 2012, foram coletadas nos prontuários dos pacientes, nas Unidades de Diálise, ao término de todas as entrevistas. Para os resultados laboratoriais, foi considerada a média dos valores coletados em três registros, sendo um resultado no mês da avaliação da QVRS e os outros nos meses anterior e posterior à realização da entrevista. Tal procedimento foi reproduzido seguindo Santos e Kerr (2008), que desenvolveram estudo de seguimento sobre QVRS de pacientes em HD.

Foram considerados valores normais para os parâmetros laboratoriais: albumina maior que 3,5 g/dL, hemoglobina maior que 11g/dL, produto cálcio e fósforo menor que 55 mg²/dL² e PTH entre 150 e 300 pg/ml (BREGMAN, 2007, K/DQI, 2009; SESSO et al., 2014).

3.6 Processamento e análise dos dados

Para a análise, foi elaborada uma planilha no programa Excel for Windows na qual foi realizada dupla digitação, validação e conferência dos dados.

Para a determinação dos escores de QVRS, foi utilizado o programa produzido e disponibilizado pelo KDQOL-SFTM *Working Group* (http://www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html). O referido programa consta de

planilhas do Excel for Windows, que, ao se inserir as respostas aos itens do questionário de cada participante, automaticamente o programa recodifica os dados dos itens com escores invertidos e calcula os escores por itens e por domínios de todo o instrumento. Esse programa tem seu manual de uso, aplicação e contagem de escores disponibilizados no endereço eletrônico, o que possibilita a utilização do instrumento e programa de análise (HAYS et al., 1997).

Os escores médios de QVRS e os demais dados dos outros instrumentos utilizados neste estudo foram processados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*- SPSS versão 17.0.

Para as análises descritivas dos dados sociodemográficos, clínicos, laboratoriais e de QVRS, foram utilizadas as medidas de posição, dispersão e variabilidade (média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos) para as variáveis quantitativas e de frequência simples (número e percentagem) para as variáveis categóricas.

Foi necessário verificar a homogeneidade entre os grupos de pacientes que saíram e daqueles que permaneceram no estudo em 2012, para justificar a viabilidade de prosseguimento das análises, na qual foram feitos os testes de Qui Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme os pré-requisitos a serem atendidos em cada caso. Diante dos resultados obtidos, que demonstraram semelhanças entre os grupos, foram então conduzidas as demais análises relacionadas à QVRS e à sobrevivência dos pacientes em DP, descritas a seguir.

O teste t de Student não pareado foi utilizado para comparar os escores médios de QVRS entre os pacientes que saíram e aqueles que permaneceram no estudo em 2012. Já o teste t pareado foi usado para comparar as diferenças dos escores médios das dimensões de QVRS dos 34 pacientes entre as duas medidas, de 2010 e de 2012. As diferenças foram calculadas subtraindo-se os valores dos escores de QVRS de 2012, daqueles obtido em 2010 (escores médios de QVRS em 2010 - escores médios de QVRS em 2012 = diferença), sendo que os valores positivos mostraram a piora e os negativos a melhora dos escores das dimensões de QVRS.

Ainda, na análise bivariada, foi empregado o teste t de Student para as diferenças entre os valores médios obtidos nas dimensões de QVRS, em 2010 e em 2012, segundo as variáveis sexo, grupo etário, diabetes, tipo de DP, peritonite e hospitalização. O Teste Mann-Whitney foi calculado nas situações em que a

distribuição dos dados não foi normal.

O coeficiente de Correlação de Pearson, entre as dimensões de QVRS e variáveis sociodemográficas e clínicas dos 34 participantes do estudo em 2010, em 2012 e no período, foi calculado, a fim de estimar e testar a correlação linear entre as variáveis quantitativas e os escores de QVRS.

O risco relativo não ajustado e seu intervalo de confiança foram calculados para estimar o risco de óbito segundo variáveis de interesse na análise bivariada de sobrevivência dos pacientes em DP. Adicionalmente, foram obtidas curvas de sobrevida, empregando-se o método de Kaplan-Meier, a fim de observar o comportamento das proporções não ajustadas de sobrevivências dos pacientes em DP, segundo variáveis de interesse, no período do estudo. Já a análise multivariável, utilizando-se o modelo de riscos proporcionais de Cox, possibilitou a análise dos riscos relativos ajustados para potenciais confundidoras, bem como a análise de preditores de óbitos de interesse deste estudo. Para a análise de sobrevivência, foram desconsiderados do total de pacientes estudados em 2010 (82) aqueles que foram considerados como perdas no seguimento, dos quais não havia informações se continuaram vivos.

Vale ressaltar que foram consideradas variáveis de interesse, para as análises da QVRS e de sobrevivência, aquelas relevantes na análise descritiva e bivariada da pesquisa, bem como as citadas como evidências científicas na literatura atual.

O nível de significância adotado neste estudo foi de 5%.

4. RESULTADOS

O presente estudo se propôs a estudar os pacientes em diálise peritoneal atendidos na cidade de Ribeirão Preto – SP, durante o período de dois anos de seguimento.

A seguir, estão apresentados os resultados da primeira etapa do estudo realizada em 2010 e da segunda etapa realizada em 2012, lado a lado, iniciando pelos dados de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, seguidos das duas avaliações da QVRS dos pacientes em DP em 2010 e em 2012, segundo o KDQOL-SFTM e por fim estão apresentados os resultados relacionados aos óbitos ocorridos, no intervalo de tempo do estudo.

4.1 Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica dos participantes

Na primeira etapa, participaram 82 pacientes em diálise peritoneal que atenderam aos critérios de inclusão do estudo de Oliveira (2010). Na segunda etapa, foram incluídos os pacientes que continuaram na mesma modalidade de tratamento e que atenderam aos critérios de inclusão de número três e quatro conforme consta no método. Dos 59 pacientes vivos em 2012, foram entrevistados 34 (41,5%), sendo que o número de óbitos observados no período de dois anos entre os pacientes em diálise peritoneal foi de 23 (30,3%).

Na Tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas dos 82 pacientes participantes da primeira etapa do estudo, de acordo com a classificação na segunda etapa em 2012.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos 82 participantes da primeira etapa em 2010, de acordo com a classificação em 2012. Ribeirão Preto, 2012

Variável	Classificação dos pacientes em 2012								p
	Entrevistados		Não entrevistados		Óbitos		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Masculino	13	38,2	8	32,0	11	47,8	32	39,0	0,902
Feminino	21	61,8	17	68,0	12	52,2	50	61,0	
Grupo etário									
Adulto	17	50,0	13	52,0	6	26,1	36	43,9	0,349
Idoso	17	50,0	12	48,0	17	73,9	46	56,1	
Cor da pele									
Branca	25	73,5	15	60,0	16	69,6	56	68,3	0,391
Não branca	9	26,5	10	40,0	7	30,4	26	31,7	
Escolaridade (anos de estudo)									
Até 4 anos de estudo	15	44,1	8	32,0	12	52,2	35	42,7	0,825
Mais de 4 anos de estudo	19	55,9	17	68,0	11	47,8	47	57,3	
Estado conjugal									
Tem companheiro	26	76,5	15	60,0	18	78,3	59	72,0	0,443
Não tem companheiro	8	23,5	10	40,0	5	21,7	23	28,0	
Total	34	41,5	25	30,5	23	28,0	82	100	

Teste Qui Quadrado de Pearson

Segundo a caracterização sociodemográfica dos pacientes que saíram e daqueles que permaneceram no estudo em 2012, não foram encontradas diferenças com significância estatística, caracterizando semelhanças entre os grupos. Dos 23 (30,3%) pacientes que tiveram como desfecho o óbito no período do estudo, 12 (52,2%) eram mulheres, 17 (73,9%), idosos, 16 (69,6%), brancos, 12 (52,2%) tinham até quatro anos de estudo e 18 (78,3%) moravam com o companheiro.

Tabela 2 – Características clínicas dos 82 participantes da primeira etapa em 2010, de acordo com a classificação em 2012, exceto quando indicado. Ribeirão Preto, 2012

Variável	Classificação dos pacientes em 2012						Total		p
	Entrevistados		Não entrevistados		Óbitos		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão									
Não tem	2	5,9	2	8,0	4	17,4	8	9,8	0,459 ^b
Tem	32	94,1	23	92,0	19	82,6	74	90,2	
Diabetes									
Não tem	25	73,5	14	56,0	10	43,5	49	59,8	0,032 ^a
Tem	9	26,5	11	44,0	13	56,5	33	40,2	
Tipo de Diálise									
DPAC	21	61,8	7	28,0	16	69,6	44	53,7	0,215 ^a
DPA	13	38,2	18	72,0	7	30,4	38	46,3	
Tempo de tratamento									
3 a 24 meses	25	73,5	16	64,0	16	69,6	57	69,5	0,506 ^a
≥ 25 meses	9	26,5	9	36,0	7	30,4	25	30,5	
Albumina*									
Alterado	16	47,1	11	57,9	12	52,2	39	51,3	0,504 ^a
Normal	18	52,9	8	42,1	11	47,8	37	48,7	
Hemoglobina*									
Alterado	6	17,6	10	52,6	6	26,1	22	28,9	0,051 ^a
Normal	28	82,4	9	47,4	17	73,9	54	71,1	
CaxP*									
Alterado	3	8,8	4	21,1	4	17,4	11	14,5	0,208 ^a
Normal	31	91,2	15	78,9	19	82,6	65	85,5	
PTH*									
Alterado	23	69,7	9	47,4	16	69,6	48	64,0	0,326 ^a
Normal	10	30,7	10	52,6	7	30,4	27	36,0	
Total	34	41,5	25	30,5	23	28,0	82	100	

* O grupo dos não entrevistados foi composto por 19 pacientes, quando indicado, em virtude de dados perdidos daqueles transferidos de serviços e daqueles que recuperaram a função renal. ^a Teste Qui Quadrado de Pearson. ^b Teste exato de Fisher.

Quando comparadas as características clínicas entre os pacientes que saíram e aqueles que permaneceram no estudo, foi encontrada diferença com significância estatística apenas para presença de diabetes, observou-se que dos 33 pacientes com diabetes que participaram do estudo em 2010, nove permaneceram na segunda etapa em 2012, sugerindo que os pacientes com diabetes tiveram uma tendência à evasão da DP.

Dos pacientes que apresentaram desfecho óbito, 19 (82,6%) tinham hipertensão, 13 (56,5%) tinham diabetes, 16 (69,6%) faziam DPAC, 16 (69,6%) estavam entre três e 24 meses em tratamento dialítico, sendo que a maioria tinha valores de hemoglobina e CaxP dentro dos parâmetros de normalidade e albumina e PTH alterados, em 2010. Destaca-se que as médias de comorbidades e de complicações da DRC e/ou DP, por paciente em 2010, foram de 4,3 e 4,5 respectivamente.

Os pacientes que foram entrevistados em 2012 tinham em 2010 média de creatinina de 7,7 mg/dL, os não entrevistados tinham média de 10,7 mg/dL, e aqueles com desfecho óbito no período apresentavam a média de 7,5 mg/dL. Já as médias de ureia em 2010 foram de 90,1 mg/dL; 95,8 mg/dL e 96,7 mg/dL para os três grupos respectivamente, mostrando pequena diferença entre os grupos para estes parâmetros laboratoriais.

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Variável	2010 - N=82		2012 - N=34	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	32	39,0	13	38,2
Feminino	50	61,0	21	61,8
Grupo etário				
≤ 59	36	43,9	15	44,1
60 ou +	46	56,1	19	55,9
Cor da pele				
Branca	56	68,3	25	73,5
Parda	13	15,9	5	14,7
Amarela	5	6,1	1	2,9
Negra	8	9,8	3	8,8
Escolaridade (anos de estudo)				
Analfabeto	6	7,3	0	0
Sabe ler /escrever	2	2,4	0	0
1 a 4 anos de estudo	27	32,9	14	41,2
5 a 8 anos de estudo	14	17,1	9	26,5
9 a 12 anos de estudo	22	26,8	4	11,8
13 ou mais anos de estudo	11	13,4	7	20,6
Estado conjugal				
Nunca se casou	5	6,1	2	5,9
Mora com companheiro(a)	59	72	25	73,5
Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)	8	9,8	2	5,9
Viúvo(a)	10	12,2	5	14,7
Total	82	100	34	100

Em relação à caracterização do total de participantes no estudo em 2010 e em 2012, os pacientes que permaneceram no estudo em 2012 tinham como características mais frequentes: sexo feminino 21 (61,8%), idosos 19 (55,9%), de cor branca 25 (73,5%), moravam com o companheiro 35 (73,5%) e tinham de 1 a 4 anos de estudo 14 (41,2%), assim como em 2010. A idade em 2010 variou de 21 a 85 anos, tendo apresentado a média de 61,1 anos. Em 2012, a idade média foi de 61,2 anos com variação entre 35 e 87 anos.

Tabela 4 – Fontes de renda dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Variável	2010 - N=82		2012 - N=34	
	n	%	n	%
Aposentadoria				
Não tem	31	37,8	9	26,5
Tem	51	62,2	25	73,5
Trabalho				
Não tem	70	85,4	30	88,2
Tem	12	14,6	4	11,8
Pensão/Benefício				
Não tem	80	97,6	32	94,1
Tem	2	2,4	2	5,9
Outras rendas				
Não tem	56	68,3	26	76,5
Tem	26	31,7	8	23,5
Total	82	100	34	100

A variável trabalho se apresentou ainda mais prejudicada em 2012, sendo que dos 12 (14,6%) pacientes que trabalhavam em 2010, quatro (11,8%) permaneceram trabalhando em 2012. Estes pacientes referiam exercer a atividade profissional como: contador, comerciante e costureira. A maioria dos pacientes, 25 (73,5%), se mantinha com a aposentadoria, situação também evidenciada em 2010. Quanto à renda em 2012, 67,6% referiram receber de um a dois salários-mínimos.

Quanto à caracterização clínica, as causas etiológicas da DRC para os 82 pacientes, em 2010, foram: hipertensão 30(36,6%), diabetes 30(36,6%), outra causa 10(12,2%), não especificada 7(8,5%), rins policísticos 7(8,5%), glomerulonefrite 5 (6,1%). Destaca-se que, para alguns pacientes, foi diagnosticada mais de uma causa para DRC terminal. Dos 23 pacientes que tiveram como desfecho o óbito no período do estudo, a causa da DRC foi a HAS para 21 (91,3%) e o DM para 14 (60,9%).

Em relação ao tempo de diálise, os pacientes entrevistados em 2012 apresentavam em 2010 uma média de 28,5 meses em tratamento, com variação de 3 a 156 meses. Os pacientes que não foram entrevistados em 2012 apresentavam em 2010 uma média de 24,1 meses em tratamento, com variação de 3 a 59 meses. Já os pacientes, com o desfecho óbito no período do estudo, apresentavam em

2010 uma média de 19,7 meses em tratamento, com variação de 3 a 60 meses. Ao comparar as médias de tempo de tratamento dos três grupos em 2010, pode-se observar que não apresentaram diferenças acentuadas. Destaca-se, ainda, que as médias de tempo de tratamento entre os pacientes que foram e os que não foram entrevistados em 2012 estavam próximas, evidenciando a semelhança entre os grupos.

Houve a manutenção das semelhanças entre os grupos, também para distribuição dos pacientes nas modalidades de tratamento, enquanto em 2010, 44(53,7%) estavam em DPAC e 36 (46,3%) em DPA, em 2012, 18 (52,9%) pacientes estavam em DPAC e 16 (47,1%) estavam em DPA.

Tabela 5 – Comorbidades autorreferidas pelos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Comorbidades	2010		2012	
	n=82	100%	n=34	100%
Hipertensão arterial	74	90,2	33	97,1
Anemia	45	54,9	10	29,4
Outras doenças	33	40,2	14	41,2
Diabetes mellitus	33	40,2	11	32,4
Déficit visual	27	32,9	14	41,2
Cataratas	22	26,8	5	14,7
Varizes	13	15,9	2	5,9
Infarto agudo do miocárdio	13	15,9	3	8,8
Doença cerebrovascular	11	13,4	5	14,7
Déficit auditivo	8	9,8	6	17,6
Neoplasia maligna	5	6,2	3	8,8
Neoplasia benigna	3	3,7	-	-
Osteopatias	3	3,7	-	-
Insuficiência Cardíaca	-	-	2	5,9
Hepatopatia- HbsAg+	1	1,2	1	2,9
Hepatopatia-C	-	-	1	2,9

As comorbidades mais apontadas pelos pacientes em DP em 2012 foram: hipertensão arterial 33 (97,1%), déficit visual 14 (41,2%), outras doenças 14 (41,2%), e diabetes *mellitus* 11 (32,4%). Quando comparadas com as mais apontadas em 2010, observa-se uma redução a ser considerada do número de pacientes acometidos pela anemia e pelo diabetes *mellitus*. Em 2010, a média de comorbidades por paciente entre os 82 participantes do estudo era de 3,5, ao analisar separadamente os 34 pacientes que participaram das duas etapas, em 2010 e em 2012, o grupo apresentou a média de 2,8 e 3,2 comorbidades

respectivamente.

Tabela 6 – Complicações físicas relacionadas à DRC e à diálise peritoneal, referidas pelos pacientes em tratamento por diálise peritoneal, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Complicações	2010		2012	
	n=82	%	n=34	%
Pressão alta	49	59,7	18	52,9
Fraqueza	41	50,0	20	58,8
Câimbras	40	48,8	22	64,7
Ganho de peso	40	48,8	13	38,2
Constipação intestinal	34	41,5	20	58,8
Prurido	33	40,2	19	55,9
Dor em outro local do corpo	25	30,5	15	44,1
Cefaleia	19	23,1	8	23,5
Pressão baixa	18	21,9	8	23,5
Perda de peso	-	-	7	20,6
Infecção	-	-	2	5,9
Outras complicações	10	12,2	2	5,9

As complicações físicas relacionadas à DRC terminal e ao tratamento por DP, relatadas com menos frequência em 2012 foram: pressão baixa (23,5%), dor de cabeça 8 (23,5%), perda de peso 7(20,6%), infecção 2 (5,9%) e outras doenças 2 (5,9%) e as mais relatadas foram: câimbra 22(64,7%), fraqueza 20 (58,8%), constipação intestinal 20 (58,8%), prurido 19 (55,9%) e pressão alta 18 (52,9%). Em 2010, a média de complicações por paciente entre os 82 participantes era de 3,7, ao analisar separadamente os 34 pacientes que participaram das duas etapas, em 2010 e em 2012, o grupo apresentou, respectivamente, a média de 4,3 e 5,1 complicações.

Quanto aos parâmetros laboratoriais, os pacientes apresentaram em 2012 médias de 7,9 mg/dL de creatinina e de 89,5 mg/dL de ureia. Estavam com hemoglobina e CaxP dentro dos parâmetros de normalidades 25 (73,5%) e 29 (85,3%) dos pacientes, respectivamente. Enquanto metade deles apresentava parâmetros normais de albumina, 24 (70,6%) dos pacientes apresentavam parâmetros de PTH alterados.

Destaca-se que a média de internações, no período de 2010 a 2012, foi de 1,6, variando de zero a quatro internações. O número médio de peritonites no mesmo período foi de 1,0, variando de zero a sete episódios. Dos pacientes que apresentaram peritonite no período, 12 (57,1%) estavam em DPAC.

4.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes em Diálise Peritoneal, segundo o KDQOL-SF™ em 2010 e em 2012

Foram calculadas as médias, desvios-padrão, medianas, mínimos, máximos e coeficientes alpha (α) de Cronbach das dimensões do KDQOL-SF™, para os 82 pacientes, em 2010, e para os 34 pacientes, em 2012.

Tabela 7 – Estatística descritiva e confiabilidade das dimensões do KDQOL-SF™ dos pacientes em tratamento por diálise peritoneal (exceto quando indicado), em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Dimensões (número de itens)	2010 - n=82						2012 - n=34					
	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Alpha	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Alpha
Funcionamento físico (10)	55,1	33,7	55,0	5,0	100,0	0,935	55,3	29,5	29,5	5,0	100,0	0,921
Função física (4)	36,9	47,0	0,0	0,0	100,0	0,978	46,3	42,7	42,7	0,0	100,0	0,866
Dor (2)	82,6	24,6	100,0	22,5	100,0	0,921	75,6	26,4	26,4	22,5	100,0	0,944
Saúde geral (5)	62,1	23,6	65,0	5,0	100,0	0,743	64,4	21,4	21,4	15,0	100,0	0,727
Bem-estar emocional (5)	63,8	21,5	66,0	12,0	100,0	0,833	72,9	13,1	13,1	44,0	92,0	0,656
Função emocional (3)	70,3	44,7	100,0	0,0	100,0	0,973	81,4	28,7	28,7	0,0	100,0	0,608
Função social (2)	68,9	23,7	75,0	12,5	100,0	0,769	74,6	29,4	29,4	12,5	100,0	0,872
Energia/fadiga (4)	56,6	20,9	55,0	10,0	100,0	0,803	64,0	16,8	16,8	25,0	90,0	0,778
Lista de sintomas/problemas (12)	82,8	12,5	83,3	41,7	100,0	0,748	83,8	11,5	85,4	52,1	97,9	0,746
Efeitos da doença renal (8)	72,1	19,0	71,9	34,4	100,0	0,747	76,1	15,7	75,0	43,8	96,9	0,684
Sobrecarga da doença renal (4)	46,1	30,5	40,6	0,0	100,0	0,732	55,2	26,0	59,4	12,5	100,0	0,725
Situação de trabalho (2)	32,3	37,2	0,0	0,0	100,0	0,595	25,0	35,4	0,0	0,0	100,0	0,599
Função cognitiva (3)	83,2	18,8	93,3	33,3	100,0	0,713	90,4	12,3	93,3	60,0	100,0	0,554
Qualidade da interação social (3)	70,6	20,1	73,3	20,0	100,0	0,612	80,2	17,9	86,7	13,3	100,0	0,594
Função sexual (2) *	68,7	26,6	75,0	12,5	100,0	0,811	78,5	26,4	87,5	12,5	100,0	0,935

continua...

Dimensões (número de itens)	2010 - n=82						2012 - n=34					
	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Alpha	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Alpha
Sono (4)	65,1	22,2	65,0	10,0	100,0	0,776	68,5	19,8	73,8	25,0	97,5	0,817
Suporte social (2)	86,4	24,6	100,0	0,0	100,0	0,813	85,3	24,2	100,0	0,0	100,0	0,682
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	95,7	14,1	100,0	0,0	100,0	0,883	97,8	12,9	100,0	25,0	100,0	1,000
Satisfação do paciente (1)	79,7	13,9	83,3	50,0	100,0	-	83,3	13,0	83,3	33,3	100,0	-

conclusão.

* n= 46 pacientes, em 2010, e 18 pacientes, em 2012

As dimensões do KDQOL-SF que apresentaram menores escores médios, em 2010, e se mantiveram baixos, em 2012, caracterizando as dimensões de QVRS mais prejudicadas ao longo do período avaliado, foram: Situação de trabalho, Função física, Sobrecarga da doença renal e Funcionamento físico. Enquanto as dimensões de QVRS que permaneceram com maiores escores médios foram: Estímulo por parte da equipe, Função cognitiva, Suporte social e Lista de problema e sintomas, caracterizando melhor QVRS. Ao analisar as duas medidas da QVRS, é possível observar que houve aumento dos escores médios de QVRS, em 2012, para a maior parte das dimensões exceto para Dor, Situação de trabalho e Suporte social.

O coeficiente alpha (α) de Cronbach foi calculado para avaliar a consistência interna entre os itens de cada dimensão do instrumento e se mostrou superior a 0,70, para a maioria das dimensões do KDQOL-SF™, refletindo boa consistência interna entre os itens. A dimensão com menor coeficiente foi Função cognitiva (0,554), que por se tratar de um construto psicológico, valores abaixo de 0,70 podem ser esperados, em função da diversidade do que é medido (Field, 2009; Cortina, 1993).

A dimensão Satisfação do paciente é composta por um item, o que dispensa o cálculo do coeficiente α de Cronbach.

Tabela 8 – Estatística descritiva e teste de comparação entre as avaliações das dimensões do KDQOL-SFTM em 2010 para os 48 pacientes que saíram do estudo e os 34 que permanecem nas duas medidas. Ribeirão Preto-SP, 2012

Dimensões (número dos itens)	Saíram n=48	Permaneceram n=34	p
	Média (DP)	Média (DP)	
Funcionamento físico (10)	45,7 (32,3)	68,4 (31,4)	0,002
Função física (4)	30,2 (44,6)	46,3 (49,3)	0,134
Dor (2)	80,1 (25,0)	86,2 (23,9)	0,264
Saúde geral (5)	58,2 (25,3)	67,5 (20,1)	0,080
Bem-estar emocional (5)	63,3 (23,0)	64,5 (19,5)	0,802
Função emocional (3)	70,1 (45,7)	70,6 (44,0)	0,965
Função social (2)	64,6 (22,8)	75,0 (23,8)	0,049
Energia/fadiga (4)	51,8 (19,2)	63,5 (21,5)	0,011
Lista de sintomas/problemas (12)	81,0 (13,7)	85,4 (10,2)	0,123
Efeitos da doença renal (8)	69,5 (19,5)	75,8 (17,9)	0,141
Sobrecarga da doença renal (4)	39,8 (27,6)	55,1 (32,6)	0,024
Situação de trabalho (2)	33,3 (37,7)	30,9 (37,0)	0,771
Função cognitiva (3)	81,0 (20,7)	86,5 (15,4)	0,172
Qualidade da interação social (3)	67,9 (22,7)	74,3 (15,5)	0,133
Função sexual (2)	63,0 (26,2)	75,0 (26,2)	0,128
Sono (4)	59,6 (22,4)	73,0 (19,7)	0,006
Suporte social (2)	84,4 (26,3)	89,2 (22,0)	0,383
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	93,8 (16,7)	98,5 (8,6)	0,130
Satisfação do paciente (1)	64,2 (17,0)	82,3 (12,9)	0,142

Teste T de Student

Os escores médios da maioria das dimensões do KDQOL-SF se apresentaram mais elevados para os 34 pacientes que permaneceram no estudo em 2012, tendo significância estatística para Funcionamento físico, Função social, Energia/fadiga, Sobrecarga da doença renal e Sono. Tal resultado denota que os pacientes que sobreviveram e não mudaram de terapia apresentavam melhor QVRS, em 2010.

No entanto, quando comparados os escores médios das dimensões de QVRS, em 2010, entre os pacientes que apresentaram o desfecho óbito e aqueles entrevistados, em 2012, apenas as dimensões Funcionamento físico e Sono dos pacientes falecidos apresentaram menores médias com significância estatística, sendo valor de p 0,006 e 0,005 respectivamente, em 2010, evidenciando pior QVRS nestas dimensões para os pacientes com desfecho óbito no período.

Após esta primeira etapa de apresentação dos resultados gerais referentes aos participantes em 2010 (82) e em 2012 (34), pelo caráter longitudinal do presente estudo, optou-se em prosseguir a análise e apresentação dos resultados referentes aos 34 participantes que fizeram parte das duas etapas do estudo, a fim de minimizar possíveis influências de características dos pacientes que saíram do estudo, na variação da QVRS ao longo do tempo dos pacientes que completaram o seguimento.

Vale também ressaltar que, para a condução da análise da QVRS, foi considerada a diferença entre os escores médios das dimensões do KDQOL-SF entre as duas mensurações realizadas com os 34 pacientes que completaram o período de seguimento, a fim de identificar as possíveis variações ocorridas no período.

Tabela 9 – Estatística descritiva e test-t pareado das dimensões do KDQOL-SF™ para os 34 participantes do estudo que permanecem nas duas avaliações, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Dimensões (número dos itens)	2010 - n=34		2012 - n=34		Diferença entre 2010 e 2012 - n=34		p
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	
Funcionamento físico (10)	68,4 (31,4)	72,5	55,3 (29,5)	60,0	13,1(32,2)	15,0	0,024
Função física (4)	46,3 (49,3)	12,5	46,3 (42,7)	50,0	0,0(55,4)	0,0	1,000
Dor (2)	86,2 (23,9)	100,0	75,6 (26,4)	77,5	10,7(25,9)	0,0	0,022
Saúde geral (5)	67,5 (20,1)	70,0	64,4 (21,4)	67,5	3,1(21,1)	0,0	0,400
Bem-estar emocional (5)	64,5 (19,5)	64,0	72,9 (13,1)	72,0	-8,5(20,0)	-8,0	0,019
Função emocional (3)	70,6 (44,0)	100,0	81,4 (28,7)	100,0	-10,8(40,0)	0,0	0,125
Função social (2)	75,0 (23,8)	81,3	74,6 (29,4)	87,5	0,4(29,3)	0,0	0,942
Energia/fadiga (4)	63,5 (21,5)	70,0	64,0 (16,8)	67,5	-0,4(21,9)	2,5	0,907
Lista de sintomas/problemas (12)	85,4 (10,2)	85,4	83,8 (11,5)	85,4	1,5 (12,9)	3,1	0,495
Efeitos da doença renal (8)	75,8 (17,9)	73,4	76,1 (15,7)	75,0	-0,3(14,9)	-3,1	0,915
Sobrecarga da doença renal (4)	55,1 (32,6)	56,3	55,2 (26,0)	59,4	0,0(33,3)	-3,1	1,000
Situação de trabalho (2)	30,9 (37,0)	0,0	25,0 (35,4)	0,0	5,9(38,5)	0,0	0,379
Função cognitiva (3)	86,5 (15,4)	93,3	90,4 (12,3)	93,3	-3,9(13,8)	0,0	0,108
Qualidade da interação social (3)	74,3 (15,5)	76,7	80,2 (17,9)	86,7	-5,9(21,3)	-3,3	0,117
Função sexual (2)	75,0 (26,2)	75,0	78,5 (26,4)	87,5	1,5(27,2)	0,0	0,826
Sono (4)	73,0 (19,7)	78,8	68,5 (19,8)	73,8	4,5(17,4)	3,8	0,142
Suporte social (2)	89,2 (22,0)	100,0	85,3 (24,2)	100,0	3,9(28,1)	0,0	0,422
Estímulo por parte da equipe de diálise (2)	98,5 (8,6)	100,0	97,8 (12,9)	100,0	0,7(15,7)	0,0	0,786
Satisfação do paciente (1)	82,3 (12,9)	83,3	83,3 (13,0)	83,3	-1,0(19,2)	0,0	0,768
Sumário Componente Físico SF-12	45,3 (10,4)	46,3	38,3 (11,4)	39,4	6,9(10,8)	9,4	0,001
Sumário Componente Mental SF-12	47,8 (10,9)	51,4	53,8 (7,9)	54,8	-6,0(10,1)	-5,2	0,002

A QVRS nas dimensões Funcionamento físico e Dor pioraram ao longo do tempo, enquanto o escore médio da dimensão Bem-estar emocional apresentou melhora, ambas as diferenças com significância estatística.

Destaca-se que os menores escores das duas etapas do estudo, apresentados nas dimensões Função física e Situação de trabalho, não tiveram diferenças ao longo do tempo e permaneceram mais próximos a zero, quando comparados aos escores obtidos para todas as outras dimensões do instrumento, reafirmando o quanto estão prejudicadas estas dimensões nas vidas dos pacientes estudados.

Embora sem significância estatística, foi observada também melhora em 10,8 pontos no escore médio da dimensão Função emocional com o passar do tempo.

Quando comparadas as médias dos SCF e SCM do SF-12 em 2010 e em 2012 observou-se melhora no escore médio do SCM e piora no escore médio do SCF, ambas as diferenças com significância estatística.

Tabela 10 – Estatística descritiva e teste de comparação das diferenças entre as duas avaliações das dimensões do KDQOL-SF™ para os homens e mulheres participantes do estudo, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Dimensões KDQOL-SF	Sexo	2010		2012		Diferença entre 2010 e 2012		P
		Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	
Funcionamento físico ^a	Masculino	65,4(32,2)	70,0	58,5(36,6)	60,0	6,9 (37,9)	10,0	0,389
	Feminino	70,2(31,6)	75,0	53,3(28,7)	60,0	16,9 (28,5)	15,0	
Função física ^b	Masculino	32,7(47,2)	0,0	51,9(40,1)	50,0	-19,2(35,6)	0,0	0,096
	Feminino	54,8(49,8)	100,0	42,9(44,8)	25,0	11,9 (62,6)	0,0	
Dor ^b	Masculino	91,5(20,7)	100,0	78,7(28,5)	100,0	12,9(17,3)	0,0	0,807
	Feminino	83,0(25,6)	100,0	73,7(25,6)	77,5	9,3(30,4)	0,0	
Saúde geral ^b	Masculino	62,7(19,2)	60,0	70,8(21,0)	70,0	-8,1(16,4)	-5,0	0,020
	Feminino	70,5(20,5)	70,0	60,5(21,1)	65,0	10,0(21,0)	5,0	
Bem-estar emocional ^a	Masculino	61,5(20,1)	52,0	72,9(10,2)	72,0	-11,4(20,1)	-12,0	0,513
	Feminino	66,3(19,3)	68,0	73,0(14,8)	72,0	-6,7(20,3)	-8,0	
Função emocional ^b	Masculino	51,3(50,2)	66,7	76,9(31,6)	100,0	-25,6 (45,4)	0,0	0,158
	Feminino	82,5(35,9)	100,0	84,1(27,1)	100,0	-1,634,1)	0,0	
Função social ^a	Masculino	78,8(18,7)	87,5	77,9(27,6)	100,0	1,0(31,6)	0,0	0,928
	Feminino	72,6(26,7)	75,0	72,6(31,0)	87,5	0,0(28,5)	0,0	
Energia/fadiga ^a	Masculino	61,5(19,8)	70,0	67,3(13,0)	70,0	-5,8(18,6)	-5,0	0,27
	Feminino	64,8(22,9)	70,0	61,9(18,8)	60,0	2,9(23,5)	10,0	
Lista de sintomas/problemas ^a	Masculino	86,4(11,3)	87,5	88,8(6,4)	87,5	-2,4(12,6)	0,0	0,166
	Feminino	84,7(9,7)	85,4	80,8(13,0)	83,3	4,0(12,8)	4,2	
Efeitos da doença renal ^a	Masculino	77,2(15,6)	75,0	79,3(13,2)	78,1	-2,2(11,9)	-3,1	0,569
	Feminino	75,0(19,5)	71,9	74,1(17,1)	75,0	0,9(16,7)	-3,1	

continua...

Dimensões KDQOL-SF	Sexo	2010		2012		Diferença entre 2010 e 2012		P
		Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	
Sobrecarga da doença renal ^a	Masculino	42,8(31,3)	25,0	45,2(31,5)	31,3	-2,4(29,4)	-6,3	0,746
	Feminino	62,8(31,7)	68,8	61,3(20,4)	62,5	1,5(36,1)	6,3	
Situação de trabalho ^b	Masculino	30,8(43,5)	0,0	11,5(30,0)	0,0	19,2(32,5)	0,0	0,129
	Feminino	31,0(33,5)	50,0	33,3(36,5)	50,0	-2,4(40,2)	0,0	
Função cognitiva ^b	Masculino	84,1(15,3)	86,7	91,3(11,7)	93,3	-7,2(13,5)	0,0	0,276
	Feminino	87,9(15,7)	100,0	89,8(12,9)	93,3	-1,9 (14,0)	0,0	
Qualidade da interação social ^a	Masculino	76,4(14,8)	73,3	83,6(10,8)	86,7	-7,2(15,7)	0,0	1,000
	Feminino	73,0(16,1)	80,0	78,1(21,2)	86,7	-5,1(24,5)	-6,7	
Função sexual ^a	Masculino	57,8(29,8)	50,0	70,8(34,2)	81,3	-4,2(29,2)	0,0	0,545
	Feminino	84,8(18,5)	93,8	82,3(22,3)	93,8	4,5 (27,0)	0,0	
Sono ^a	Masculino	70,4(20,0)	77,5	73,1(17,8)	75,0	-2,7(16,1)	0,0	0,057
	Feminino	74,6(19,8)	80,0	65,7(20,8)	72,5	8,9 (17,0)	5,0	
Suporte social ^b	Masculino	92,3(18,8)	100,0	92,3(14,6)	100,0	0, 0(26,4)	0,0	0,649
	Feminino	87,3(24,1)	100,0	81,0(28,0)	100,0	6,3 (29,6)	0,0	
Estímulo por parte da equipe de diálise ^b	Masculino	96,2(13,9)	100,0	94,2(20,8)	100,0	1,9 (25,9)	0,0	1,000
	Feminino	100,0(0,0)	100,0	100,0(0,0)	100,0	0,0(0,0)	0,0	
Satisfação do paciente ^b	Masculino	78,2(15,8)	83,3	80,8(15,0)	83,3	-2,6(22,9)	0,0	0,727
	Feminino	84,9(10,4)	83,3	84,9(11,7)	83,3	0,0(17,5)	0,0	

^a Test T^b Mann-Whitney

conclusão

Na comparação das dimensões de QVRS de homens e mulheres, avaliados em 2010 e 2012, foi encontrada melhora para os homens nos escores das dimensões: Função física, Bem-estar emocional e Função emocional e piora dos escores nas dimensões Dor e Situação de trabalho para este grupo. Para as mulheres, foi observada piora dos escores nas dimensões: Funcionamento Físico, Função física e Dor. Foram encontradas diferenças com significância estatística para Saúde geral e Sono, sendo que em ambas os homens apresentaram melhora da QVRS da dimensão avaliada, e as mulheres apresentaram piora.

Tabela 11 – Estatística descritiva e teste de comparação das diferenças entre as duas avaliações das dimensões do KDQOL-SF™ para 34 participantes adultos e idosos, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Dimensões do KDQOL-SF	Grupo etário	2010		2012		Diferença entre 2010 e 2012		P
		Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	
Funcionamento físico ^b	Adultos	75,6(26,3)	85,0	67,9(24,6)	75,0	7,6(34,2)	15,0	0,563
	Idosos	61,2(35,2)	65,0	42,6(29,1)	40,0	18,5(30,2)	10,0	
Função física ^a	Adultos	47,1(51,4)	0,0	47,1(42,3)	50,0	0,0(61,9)	0,0	1,000
	Idosos	45,6(48,6)	25,0	45,6(44,4)	25,0	0,0(50,0)	0,0	
Dor ^a	Adultos	89,1(23,6)	100,0	81,2(22,7)	100,0	7,9(23,9)	0,0	0,549
	Idosos	83,4(24,5)	100,0	70,0(29,3)	77,5	13,4(28,5)	12,5	
Saúde geral ^a	Adultos	66,2(17,2)	70,0	65,9(19,1)	70,0	0,3(17,5)	0,0	0,449
	Idosos	68,8(23,1)	70,0	62,9(23,9)	60,0	5,9(24,4)	5,0	
Bem-estar emocional ^a	Adultos	65,9(17,0)	64,0	72,9(13,2)	72,0	-7,1(20,9)	-8,0	0,688
	Idosos	63,1(22,1)	60,0	72,9(13,4)	72,0	-9,9(19,7)	-12,0	
Função emocional ^b	Adultos	68,6(46,4)	100,0	76,5(34,9)	100,0	-7,8(44,9)	0,0	0,812
	Idosos	72,5(42,9)	100,0	86,3(20,6)	100,0	-13,7(35,5)	0,0	
Função social ^a	Adultos	74,3(23,6)	75,0	80,9(28,7)	100,0	-6,6(28,3)	0,0	0,168
	Idosos	75,7(24,8)	87,5	68,4(29,7)	75,0	7,4(29,3)	12,5	
Energia/fadiga ^a	Adultos	65,0(18,1)	65,0	64,1(19,9)	70,0	0,9(18,4)	0,0	0,730
	Idosos	62,1(25,0)	70,0	63,8(13,6)	65,0	-1,8(25,4)	10,0	
Lista de sintomas /problemas ^a	Adultos	85,4(9,2)	85,4	82,2(12,8)	83,3	3,2(13,1)	4,2	0,464
	Idosos	85,3(11,4)	85,4	85,4(10,3)	85,4	-0,1(13,0)	0,0	
Efeitos da doença renal ^a	Adultos	74,1(17,7)	71,9	71,9(16,0)	71,9	2,2(14,5)	0,0	0,339
	Idosos	77,6(18,4)	84,4	80,3(14,7)	87,5	-2,8(15,3)	-3,1	
Sobrecarga da doença renal ^a	Adultos	56,6(31,5)	62,5	52,6(22,0)	62,5	4,0(27,0)	6,3	0,487
	Idosos	53,7(34,6)	56,3	57,7(29,9)	56,3	-4,0(39,0)	-6,3	

continua...

Dimensões do KDQOL-SF	Grupo etário	2010		2012		Diferença entre 2010 e 2012		P
		Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	
Situação de trabalho ^b	Adultos	32,4(39,3)	0,0	20,6(35,6)	0,0	11,8(41,6)	0,0	0,563
	Idosos	29,4(35,6)	0,0	29,4(35,6)	0,0	0,0(35,4)	0,0	
Função cognitiva ^b	Adultos	89,8(12,5)	93,3	91,8(11,2)	93,3	-2,0(10,7)	0,0	0,170
	Idosos	83,1(17,7)	93,3	89,0(13,5)	93,3	-5,9(16,5)	0,0	
Qualidade da interação social ^b	Adultos	77,3(15,5)	86,7	76,5(22,7)	86,7	0,8(23,4)	0,0	0,170
	Idosos	71,4(15,4)	73,3	83,9(10,8)	86,7	-12,5(17,1)	-13,3	
Função sexual ^a	Adultos	75,0(28,6)	81,3	79,2(24,0)	87,5	-1,0(30,4)	0,0	0,572
	Idosos	75,0(23,1)	75,0	77,1(33,0)	87,5	7,5(19,0)	0,0	
Sono ^a	Adultos	76,5(16,4)	80,0	67,2(18,9)	72,5	9,3(17,7)	5,0	0,110
	Idosos	69,6(22,5)	75,0	69,9(21,1)	75,0	-0,3(16,2)	0,0	
Suporte social ^b	Adultos	84,3(26,0)	100,0	82,4(28,5)	100,0	2,0(35,3)	0,0	0,892
	Idosos	94,1(16,6)	100,0	88,2(19,3)	100,0	5,9(19,5)	0,0	
Estímulo por parte da equipe ^a ^a diálise*	Adultos	100,0(0,0)	100,0	95,6(18,2)	100,0	4,4(18,2)	0,0	0,586
	Idosos	97,1(12,1)	100,0	100,0(0,0)	100,0	-2,9(12,1)	0,0	
Satisfação do paciente ^b	Adultos	81,4(13,0)	83,3	84,3(16,1)	83,3	-2,9(20,6)	0,0	0,357
	Idosos	83,3(13,2)	83,3	82,4(9,3)	83,3	1,0(18,1)	0,0	

a Test T

b Mann-Whitney

conclusão.

Ao comparar os escores médios das dimensões de QVRS de adultos e idosos, em 2010 e em 2012, observou-se piora dos escores das dimensões Funcionamento físico e Dor entre os idosos e piora dos escores das dimensões Situação de trabalho e Sono entre os adultos. Os idosos apresentaram, ainda, melhora nos escores das dimensões Função emocional e Qualidade de interação social, no entanto não foram observadas mudanças com significância estatística entre os grupos e entre as duas medidas.

Ao comparar os escores médios das dimensões de QVRS dos participantes com e sem diabetes, em 2010 e em 2012, não foram encontradas diferenças com significância estatística.

Tabela 12 - Estatística descritiva e teste de comparação das diferenças entre as duas avaliações das dimensões do KDQOL-SF™ para os 34 participantes que realizavam DPAC ou DPA, em 2010 e em 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

Dimensões do KDQOL-SF	Tipo de DP	2010		2012		Diferença entre 2010 e 2012		P
		Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	
Funcionamento físico ^b	DPAC	66,7(33,9)	75,0	54,0(28,6)	65,0	12,6(38,1)	15,0	0,944
	DPA	71,2(28,1)	70,0	57,3(31,9)	60,0	13,8(21,0)	10,0	
Função física ^a	DPAC	51,2(49,0)	50,0	36,9(38,4)	25,0	14,3(51,0)	0,0	0,055
	DPA	38,5(50,6)	0,0	61,5(46,3)	100,0	-23,1(56,3)	0,0	
Dor ^b	DPAC	82,9(26,6)	100,0	74,2(27,0)	77,5	8,7(26,5)	0,0	0,552
	DPA	91,7(18,4)	100,0	77,9(26,4)	80,0	13,8(25,7)	20,0	
Saúde geral ^a	DPAC	69,5(21,8)	70,0	62,6(21,1)	65,0	6,9(24,6)	5,0	0,184
	DPA	64,2(17,3)	70,0	67,3(22,3)	70,0	-3,1(12,2)	-5,0	
Bem-estar emocional ^a	DPAC	62,7(20,1)	64,0	72,4(13,0)	72,0	-9,7(23,4)	-8,0	0,652
	DPA	67,4(18,9)	64,0	73,8(13,7)	76,0	-6,5(13,4)	-8,0	
Função emocional ^a	DPAC	68,3(45,3)	100,0	82,5(27,1)	100,0	-14,3(42,9)	0,0	0,525
	DPA	74,4(43,4)	100,0	79,5(32,0)	100,0	-5,1(35,9)	0,0	
Função social ^a	DPAC	71,4(25,4)	75,0	72,6(29,5)	87,5	-1,2(30,6)	0,0	0,700
	DPA	80,8(20,8)	87,5	77,9(30,3)	100,0	2,9(28,0)	0,0	
Energia/fadiga ^a	DPAC	64,0(22,9)	70,0	63,8(16,8)	60,0	0,2(25,3)	5,0	0,802
	DPA	62,7(20,0)	70,0	64,2(17,5)	70,0	-1,5(15,6)	0,0	
Lista de sintomas/problemas ^a	DPAC	83,9(10,9)	83,3	82,4(12,4)	83,3	1,5(15,5)	4,2	0,980
	DPA	87,7(8,9)	91,7	86,1(10,1)	87,5	1,6(7,8)	0,0	
Efeitos da doença renal ^a	DPAC	75,7(15,6)	71,9	73,8(14,5)	75,0	1,9(15,7)	-3,1	0,278
	DPA	76,0(21,8)	84,4	79,8(17,4)	90,6	-3,8(13,4)	-3,1	
Sobrecarga da doença renal ^a	DPAC	56,0(31,3)	56,3	57,4(25,6)	62,5	-1,5(35,8)	0,0	0,746
	DPA	53,8(35,9)	56,3	51,4(27,3)	50,0	2,4(30,0)	-6,3	

continua...

Dimensões do KDQOL-SF	Tipo de DP	2010		2012		Diferença entre 2010 e 2012		P
		Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	Média(DP)	Mediana	
Situação de trabalho ^b	DPAC	26,2(37,5)	0,0	16,7(28,9)	0,0	9,5(40,7)	0,0	0,649
	DPA	38,5(36,3)	50,0	38,5(41,6)	50,0	0,0(35,4)	0,0	
Função cognitiva ^b	DPAC	85,4(15,9)	86,7	87,0(14,2)	93,3	-1,6(13,1)	0,0	0,232
	DPA	88,2(15,2)	93,3	95,9(5,1)	100,0	-7,7(14,6)	0,0	
Qualidade da interação social ^a	DPAC	73,7(16,7)	73,3	82,5(12,7)	86,7	-8,9(20,6)	-6,7	0,303
	DPA	75,4(14,0)	80,0	76,4(24,3)	86,7	-1,0(22,4)	0,0	
Função sexual ^a	DPAC	74,1(28,4)	75,0	76,4(22,9)	75,0	4,2(29,3)	0,0	0,679
	DPA	76,6(23,6)	81,3	80,6(30,7)	100,0	-1,6(26,3)	0,0	
Sono ^a	DPAC	73,9(19,4)	80,0	70,5(19,2)	75,0	3,5(19,1)	5,0	0,666
	DPA	71,5(21,0)	77,5	65,4(21,1)	72,5	6,2(14,7)	2,5	
Suporte social ^b	DPAC	85,7(23,7)	100,0	88,1(19,8)	100,0	-2,4(31,3)	0,0	0,089
	DPA	94,9(18,5)	100,0	80,8(30,3)	100,0	14,1(19,1)	0,0	
Estímulo por parte da equipe de diálise ^b	DPAC	97,6(10,9)	100,0	96,4(16,4)	100,0	1,2(20,1)	0,0	1,000
	DPA	100,0(0,0)	100,0	100,0(0,0)	100,0	0,0(0,0)	0,0	
Satisfação do paciente ^b	DPAC	81,0(15,2)	83,3	82,5(13,4)	83,3	-1,6(20,3)	0,0	0,944
	DPA	84,6(8,2)	83,3	84,6(12,7)	83,3	0,0(18,0)	0,0	

conclusão

a Test T.

b Mann-Whitney

Quando comparados os escores médios das dimensões de QVRS, avaliados em 2010 e 2012, para pacientes em DPAC e em DPA, encontrou-se diferença com significância estatística marginal para a dimensão Função física. Os pacientes em DPAC apresentaram diminuição dos escores médios, ou seja, pior QVRS medida em 2012 nesta dimensão, enquanto os pacientes em DPA apresentaram melhora.

Pôde-se observar ainda que os pacientes que faziam DPA tinham a dimensão Situação de trabalho prejudicada, situação esta que se manteve nas duas medidas, já os em DPAC, além de terem escores menores para esta dimensão, apresentaram diminuição do escore médio na segunda medida.

Não foram encontradas diferenças com significância estatística, quando comparadas as médias das dimensões de QVRS entre os pacientes que não tiveram e aqueles que tiveram peritonite, no período entre 2010 e 2012, bem como entre aqueles que foram e os que não foram internados no mesmo período.

Tabela 13 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as dimensões genéricas do KDQOL-SF™, variáveis sociodemográficas e clínicas dos 34 participantes do estudo, no período de 2010 a 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

	2010				2012				2010-2012	
	Idade	Tempo de DP	Nº Comorbidades	Nº Complicações	Idade	Tempo de DP	Nº Comorbidades	Nº Complicações	Internação	Peritonite
Funcionamento físico	-,290	,031	-,493**	-,148	-,534**	-,148	-,386*	-,361*	,069	,306
Função física	-,167	-,276	-,281	-,133	-,076	,090	-,295	-,395*	-,268	-,219
Dor	-,088	-,005	-,294	-,182	-,283	-,214	-,230	-,429*	-,059	-,147
Saúde Geral	,041	-,048	-,266	-,120	-,021	,181	-,332	-,384*	-,064	-,240
Bem-estar emocional	-,082	,079	,008	-,013	,058	,088	,078	-,113	,042	-,406*
Função emocional	,035	-,119	-,225	-,049	-,008	,235	,031	,032	,232	,062
Função social	,072	-,217	-,164	-,107	-,248	-,126	-,198	-,258	-,022	-,240
Energia/fadiga	-,137	-,350*	-,387*	-,278	-,153	-,048	-,244	-,390*	-,225	-,105

** Estatisticamente significativa para $p < 0,01$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

* Estatisticamente significativa para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Tabela 14 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre as dimensões específicas do KDQOL-SF™, variáveis sociodemográficas e clínicas dos 34 participantes do estudo, no período de 2010 a 2012. Ribeirão Preto-SP, 2012

	2010				2012				2010-2012	
	Idade	Tempo de DP	Nº Comorbidades	Nº Complicações	Idade	Tempo de DP	Nº Comorbidades	Nº Complicações	Internação	Peritonite
Lista de sintomas/ problemas	-,063	-,282	-,283	-,238	-,060	-,207	-,376*	-,617**	-,458**	-,126
Efeitos da doença renal	,030	-,083	-,119	-,025	,235	,109	-,490**	-,327	-,203	-,168
Sobrecarga da doença renal	-,175	,036	-,274	,031	-,161	,061	-,016	,073	,018	,278
Situação de trabalho	-,051	-,384*	-,341*	-,406*	,142	-,163	-,051	-,054	-,092	-,163
Função cognitiva	-,160	-,100	-,387*	-,344*	-,116	-,110	-,221	-,345*	-,390*	-,234
Qualidade de interação social	-,254	,067	-,155	-,022	,141	-,094	,201	,090	,149	-,078
Função sexual	-,151	,014	,000	,118	,037	,239	-,451	,076	-,078	-,156
Sono	-,215	-,094	-,319	-,295	-,070	-,136	,066	-,295	,046	-,067
Suporte social	,386*	-,150	,238	-,097	,096	,170	-,399*	-,080	-,005	-,016
Estímulo por parte da equipe de diálise	-,117	,035	-,283	,024	,229	-,287	,236	,102	-,305	,004
Satisfação do paciente	,197	,057	,047	,132	-,036	-,108	,140	,078	-,056	-,108

** Estatisticamente significante para $p < 0,01$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

* Estatisticamente significante para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Em 2010, encontrou-se correlação inversa e moderada entre número de comorbidade e as dimensões Funcionamento Físico e Energia/fadiga. Em 2012, além de ser observada a permanência da correlação inversa e moderada com o número de comorbidades, a dimensão Funcionamento Físico apresentou correlação inversa e moderada com as variáveis idade e número de complicações, confirmando a relação do maior número de comorbidades, de complicações e da maior idade com redução do escore médio para esta dimensão.

O maior número de correlações alcançado em 2012 foi entre o número de complicações da DRC e as dimensões de QVRS, correlações estas moderadas, inversas e mais frequentes nas dimensões genéricas do KDQOL-SF, relacionadas à saúde física.

Em 2010, foram observadas correlações inversas e moderadas entre as variáveis: tipo de DP, comorbidades e complicações e a dimensão Situação de trabalho, enquanto, em 2012, foram encontradas correlações fracas e predominantemente inversas na análise das mesmas variáveis, sugerindo que a dimensão Situação de trabalho pode ter sido influenciada negativamente pelas variáveis independentes estudadas.

A variável idade apresentou, em 2010, correlação moderada com a dimensão Suporte social e em 2012 embora com correlação fraca esta se manteve positiva, evidenciando a satisfação com o tempo de convivência e o apoio recebido da família e amigos pelos idosos. Contudo, a correlação moderada e inversa da variável número de comorbidades e desta dimensão, em 2012, evidenciou que quanto maior o número de comorbidades menor o escore médio para o Suporte social.

As variáveis número de comorbidades e número de complicações, em 2010, apresentaram correlação inversa e moderada com a dimensão Função cognitiva, em 2012, esta correlação apareceu novamente para número de complicações e internação.

As correlações entre o número de comorbidades e de complicações e a dimensão Lista de problemas e sintomas que eram fracas e inversas, em 2010, mantiveram-se inversas e passaram a ser moderadas, em 2012, observou-se correlação inversa e moderada também da variável internação com esta dimensão, indicando a relação destas variáveis com a piora da saúde física destes pacientes. O mesmo movimento foi observado na correlação entre o número de comorbidades e a

dimensão Efeitos da doença renal que era inversa e fraca, em 2010, e passou a ser inversa e moderada, em 2012, reafirmando os prejuízos da presença de comorbidades nas dimensões de QVRS desses pacientes, ao longo do tempo.

Em 2012, foi observada correlação inversa e moderada entre o número de peritonite e a dimensão Bem-estar emocional, evidenciando o quanto esta doença afeta a saúde emocional dos pacientes em DP.

Ao correlacionar os parâmetros laboratoriais hemoglobina, albumina, CaxP, PTH, creatinina e ureia com as dimensões genéricas e específicas de QVRS, tanto de 2010 quanto de 2012, dos 34 pacientes que permaneceram no seguimento, não foram encontradas correlações com significância estatística.

4.3 Análise de sobrevivência dos pacientes em Diálise Peritoneal

Ao considerar o intervalo de tempo como uma variável de interesse, foi observada a elevada ocorrência do desfecho óbito, no período do estudo. Portanto, julgou-se imprescindível desenvolver um tópico sobre a análise de sobrevivência dos pacientes do estudo.

Dos 82 participantes do estudo em 2010, houve perda de seguimento de seis, sobre os quais não havia a informação se permaneceram vivos no período. Portanto dos 76 pacientes sobre os quais havia tal informação 23 (30,3%) tiveram como desfecho o óbito no período de dois anos. As causas dos óbitos foram: cinco (21,7%) por sepse, quatro (17,4%) por infarto agudo do miocárdio, quatro (17,4%) por insuficiência cardíaca congestiva, dois (8,7%) por edema agudo de pulmão, e um (4,3%) para as causas hiperpotassemia, acidente vascular cerebral, câncer de pulmão, insuficiência respiratória, falência de múltiplos órgãos. Para três pacientes, não foram obtidas informações sobre a causa do óbito.

A taxa de sobrevida dos pacientes em DP foi de 69,7% em dois anos de seguimento e tempo médio de sobrevida nesse período foi de 23,4 meses.

Tabela 15 – Risco de óbito dos pacientes em diálise peritoneal, de acordo com características sociodemográficas e clínicas. Ribeirão Preto-SP, 2012

	Sobreviventes		Óbitos		Total		RR	IC 95%	p
	n=53	%	n=23	%	n=76	%			
Sexo									
Masculino	21	39,6	11	47,8	32	42,1	1,260	(0,639-2,487)	0,506
Feminino	32	60,4	12	52,2	44	57,9			
Grupo etário									
60 ou +	27	50,9	17	73,9	44	57,9	2,061	(0,915-4,640)	0,062
≤ 59	26	49,1	6	26,1	32	42,1			
Hipertensão									
Tem	50	94,3	19	82,6	69	90,8	0,482	(0,228-1,017)	0,104
Não tem	3	5,7	4	17,4	7	9,2			
Diabetes									
Tem	16	30,2	13	56,5	29	38,2	2,107	(1,065-4,168)	0,030
Não tem	37	69,8	10	43,5	47	61,8			
Tipo de Diálise									
DPAC	25	47,2	16	69,6	41	53,9	1,951	(0,908-4,194)	0,72
DPA	28	52,8	7	30,4	35	46,1			
Albumina									
Alterado	27	50,9	12	52,2	39	51,3	1,035	(0,523-2,050)	0,921
Normal	26	49,1	11	47,8	37	48,7			
Hemoglobina									
Alterado	16	30,2	6	26,1	22	28,9	0,866	(0,394-1,904)	0,717
Normal	37	69,8	17	73,9	54	71,1			
Comorbidades									
4 ou mais	23	43,9	16	69,6	39	48,7	2,168	(1,008-4,664)	0,036
Até 3	30	56,6	7	30,4	37	51,3			
Funcionamento Físico									
Até 50	20	37,7	16	69,6	36	47,4	2,540	(1,181-5,461)	0,011
51 ou mais	33	62,3	7	30,4	40	52,6			

Ao considerar a análise das variáveis independentes que poderiam ter relação com o desfecho óbito dos pacientes em DP, foi constatado, por meio do cálculo do risco relativo, com significância estatística, que: os pacientes com diabetes apresentaram um risco 2,107 maior de ter o desfecho óbito, quando

comparados aos que não tinham a doença, os pacientes com quatro comorbidades ou mais apresentaram um risco 2,168 maior de ter o desfecho óbito, quando comparados com aqueles com até três comorbidades; para os pacientes com escore médio na dimensão Funcionamento Físico com valor até 50, o risco de apresentar o desfecho óbito aumentou em 2,540; já os idosos apresentaram um risco 2,061 maior de ter o desfecho óbito quando comparados aos pacientes adultos, esta última análise apresentou significância estatística marginal.

A seguir, está apresentada a análise de sobrevivência, segundo as curvas de Kaplan Meier, nas quais é possível visualizar a probabilidade de sobrevivência no curso do intervalo do estudo, de acordo com variáveis de interesse na análise. Os testes dos logaritmos dos postos não indicaram diferenças com significância estatística para a proporção acumulada de sobrevida entre os sexos, grupo etário, hipertensão, diabetes, valores de albumina, hemoglobina e número de comorbidades, conforme visualizado nas figuras.

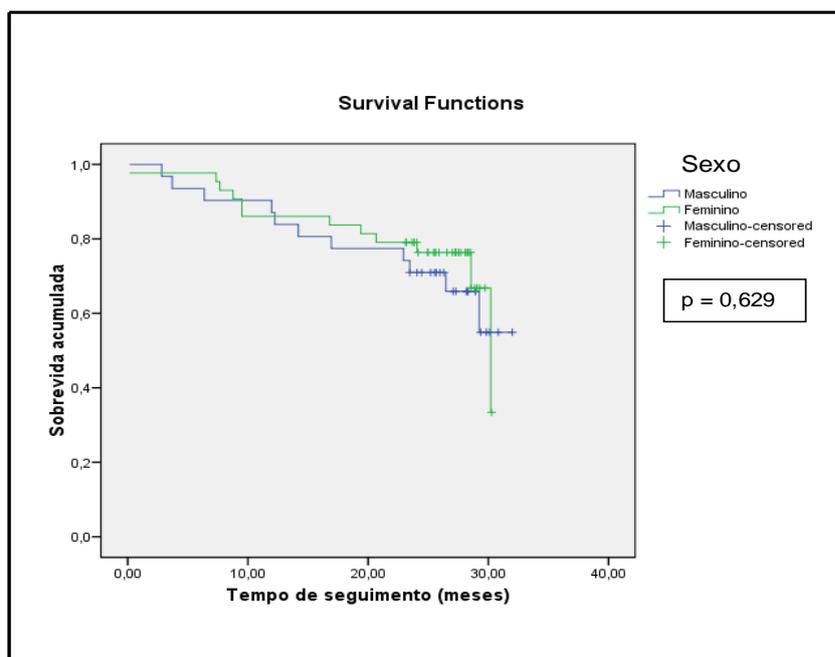


Figura 2- Tempo de sobrevida para os pacientes do sexo masculino e feminino

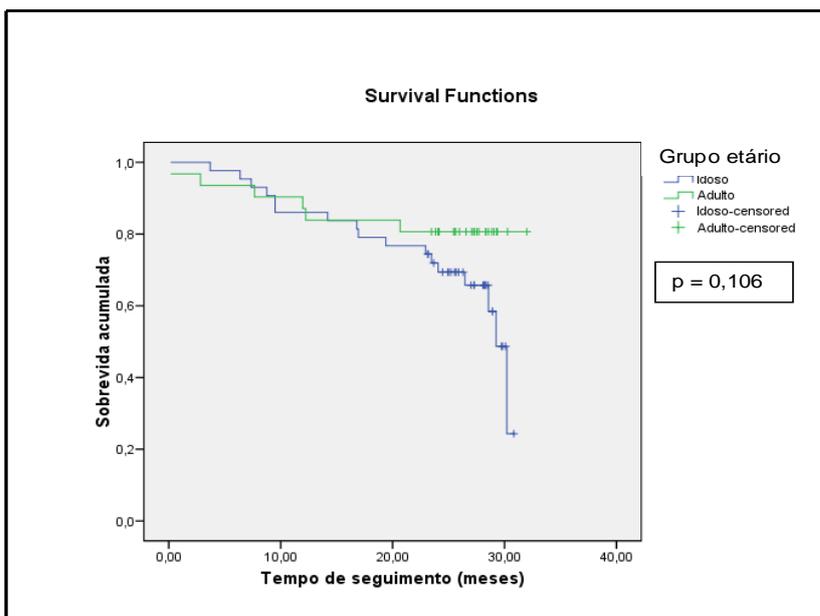


Figura 3- Tempo de sobrevida para os pacientes adultos e idosos

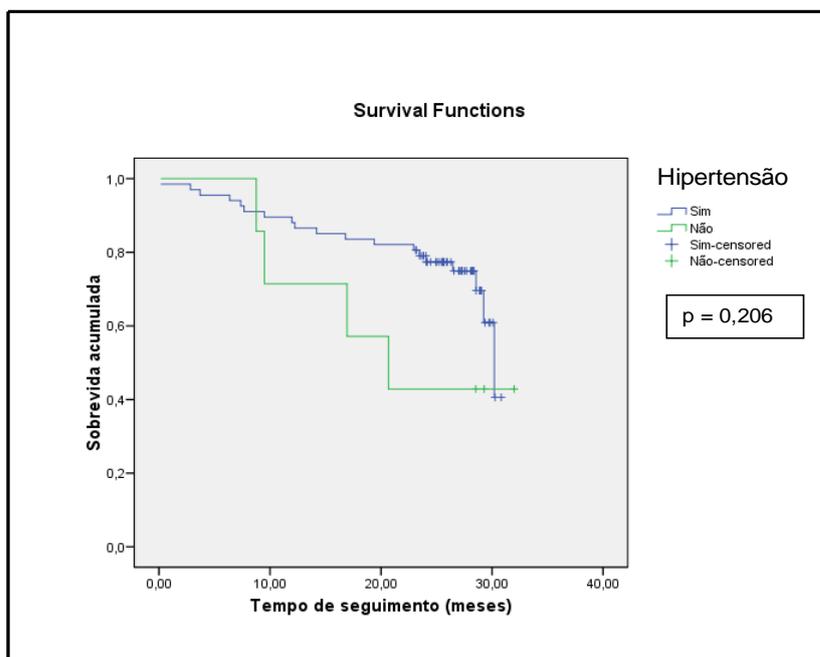


Figura 4 - Tempo de sobrevida para os pacientes com e sem hipertensão arterial

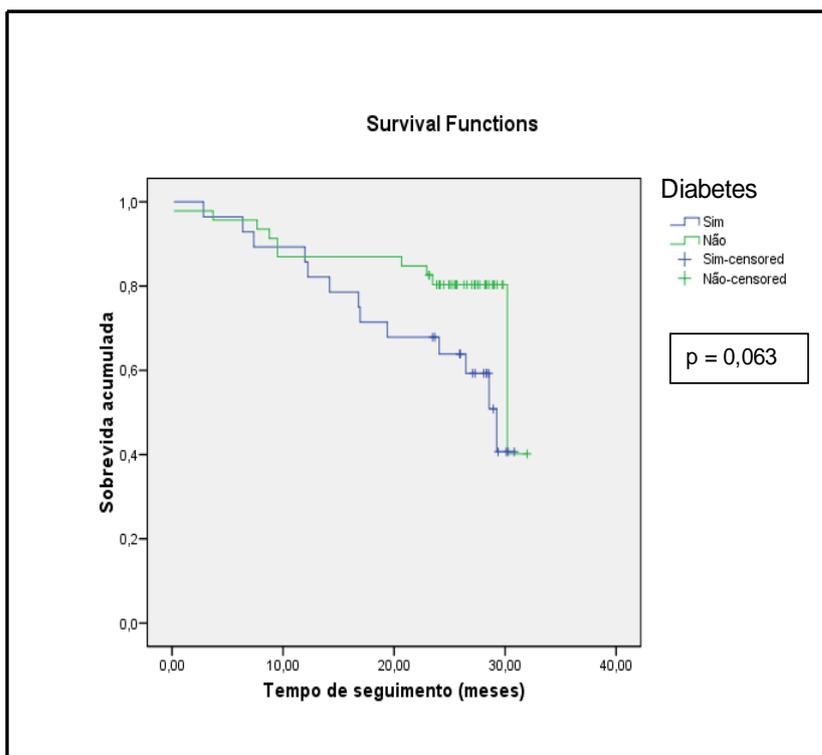


Figura 5 - Tempo de sobrevida para os pacientes com e sem diabetes

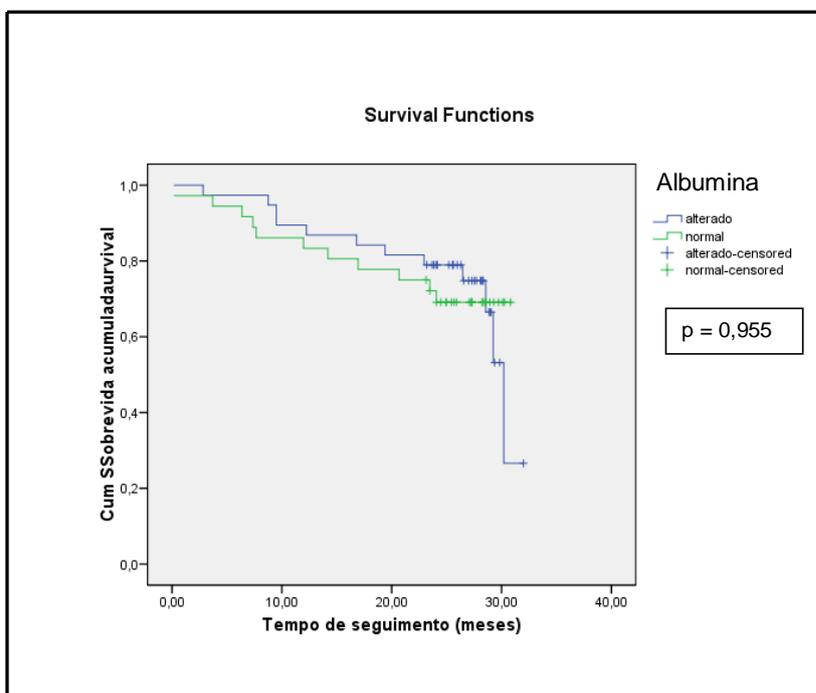


Figura 6 - Tempo de sobrevida para os pacientes com parâmetros laboratoriais de albumina normal e alterada

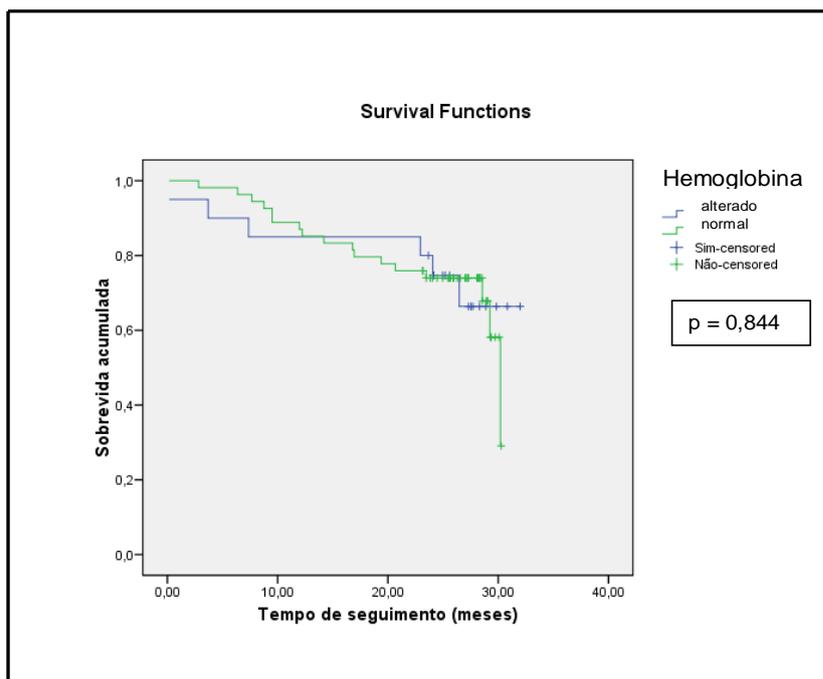


Figura 7 - Tempo de sobrevida para os pacientes com parâmetros laboratoriais de hemoglobina normal e alterada

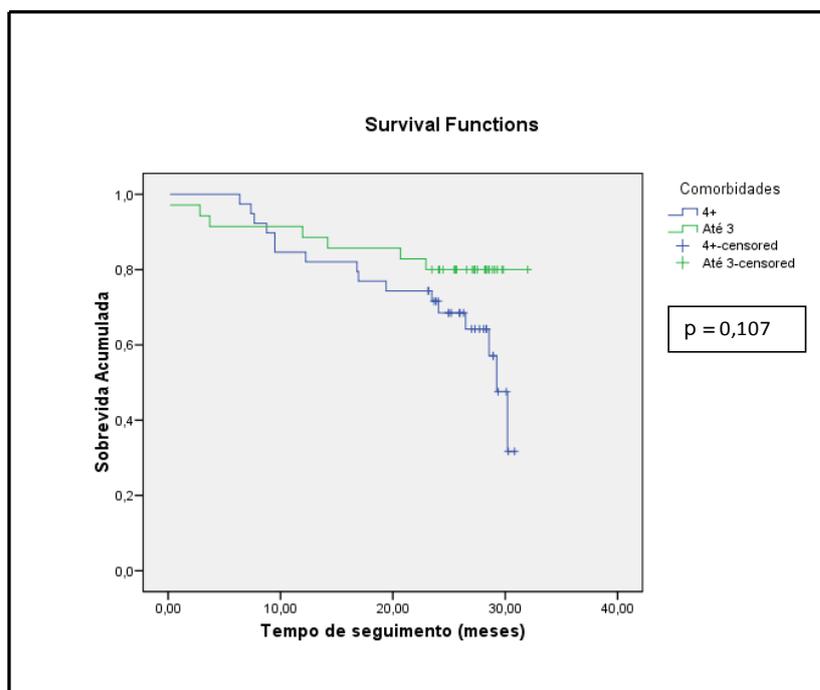


Figura 8 - Tempo de sobrevida para os pacientes com até três e mais de quatro comorbidades

Já para as variáveis, tipo de DP e dimensão Funcionamento Físico do KDQOL-SF, os testes dos logaritmos dos postos indicaram diferenças com significância estatística para a proporção acumulada de sobrevida, respectivamente entre os grupos de pacientes em DPAC e em DPA, bem como entre os grupos de pacientes que atribuíram escore até 50 e 51 e mais. Na curva, como já indicava a tabela de contingência (Tabela 15), os pacientes em DPAC e aqueles com menos que 50 pontos de escore médio na dimensão de QVRS, Funcionamento Físico sobreviveram menos.

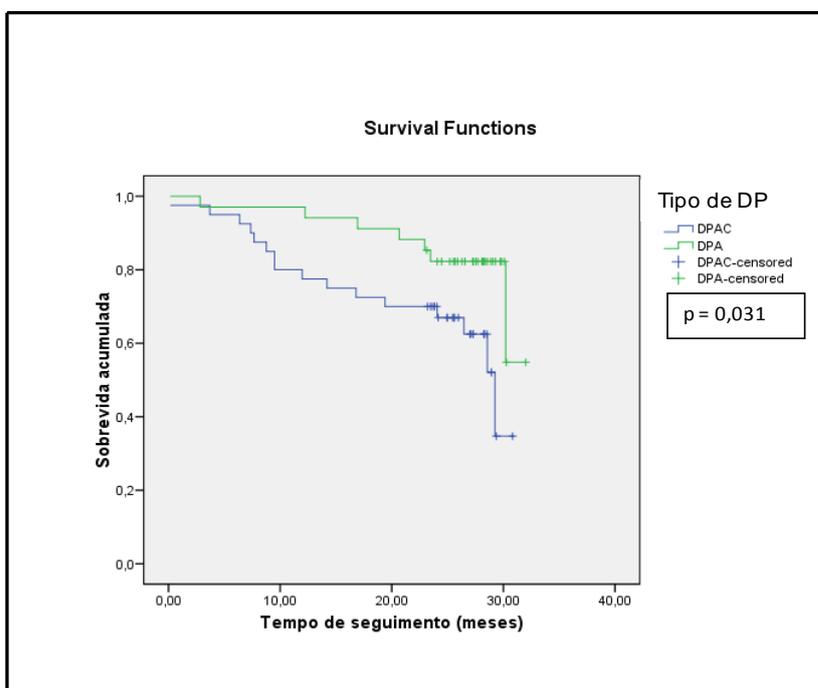


Figura 9 - Tempo de sobrevida para os pacientes em DPAC e DPA

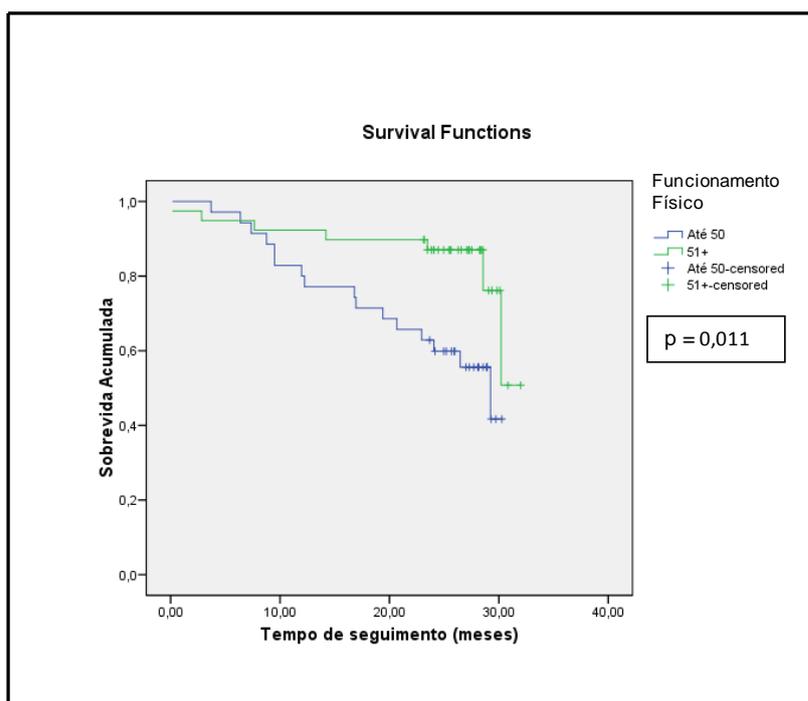


Figura 10 - Tempo de sobrevida para os pacientes com escores médios até 50 e maior que 51 pontos na dimensão Funcionamento Físico

Tabela 16 – Risco de óbito pelo modelo de risco proporcional de Cox para variáveis de interesse. Ribeirão Preto-SP, 2012

	RR	IC 95%	p
Grupo etário	1,429	(0,501 - 4,074)	0,504
Tempo de tratamento	0,992	(0,971 - 1,013)	0,459
Tipo de DP	2,470	(0,926 - 6,586)	0,071
Número de comorbidades	0,816	(0,272 - 2,444)	0,716
Funcionamento Físico	0,982	(0,968 - 0,996)	0,014

No modelo de regressão de Cox, foi possível observar que, para cada ponto a mais na dimensão Funcionamento Físico, o risco de óbito diminui em 1,8% quando ajustado para grupo etário, tempo de tratamento, tipo de DP e número de comorbidades.

Ressalta-se que os resultados da análise de sobrevivência confirmaram a hipótese de que os pacientes com piores escores de QVRS, especificamente na dimensão Funcionamento físico, tiveram maior risco para o desfecho óbito.

5. DISCUSSÃO

A seguir, será apresentada a discussão dos resultados obtidos na pesquisa, iniciando pela caracterização sociodemográfica e econômica dos pacientes que permaneceram em diálise peritoneal, nas duas etapas do estudo. Na sequência, encontra-se a discussão das mudanças ocorridas nas dimensões da QVRS, bem como da influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais nos escores médios de QVRS, dois anos após a primeira avaliação. Ao final, apresenta-se a discussão da análise de sobrevivência dos pacientes em DP, no período do estudo.

Com relação às características sociodemográficas e econômicas entre os 82 pacientes que participaram da primeira etapa e dos 34 que tiveram a QVRS mensurada dois anos após a primeira avaliação, não houve mudanças significativas com o passar do tempo.

A maioria dos pacientes que permaneceu no seguimento era do sexo feminino 21 (61,8%). A permanência do maior número de mulheres em DP foi observada também em estudo longitudinal e multicêntrico que avaliou QVRS desses pacientes no Brasil (GRINCENKOV et al., 2013). Em estudo realizado na Holanda por WU et al. (2004), 51% dos pacientes que permaneceram no estudo, após 12 meses, eram mulheres. Shiao et al. (2008) fizeram uma única medida de QVRS no início de um seguimento de sete anos de pacientes em DP em Taiwan, no qual avaliaram outras variáveis e constataram a permanência das mulheres em DP, ao longo do tempo.

No estudo de Jonge et al. (2003), realizado na Holanda, foram avaliados pacientes em HD e DP por 12 meses e foi observada permanência de homens e mulheres com a mesma frequência. Em contrapartida, foi apontada maior permanência de homens nos estudos de seguimento que também avaliaram QVRS de pacientes em HD, com 12 e 48 meses de acompanhamento (KUSLIKAITE, 2010; SANTOS, 2012; SANTOS; PONTES, 2007).

Em estudos transversais, o maior número de mulheres em DP foi apontado em pesquisas que avaliaram a QVRS na Espanha por Neyra, Segura e Espejo (2008) e Zhang et al. (2007), e o maior número de homens em DP nos estudos de QVRS de Molsted et al. (2007) na Dinamarca, Sayin, Mutluay e Sindel (2007) na Turquia e Kutner, Zhang e Brogan (2005) nos EUA.

Parece não haver um padrão relacionado ao sexo dos pacientes nos estudos de QVRS. No Brasil, há mais homens com DRC em diálise, haja vista que,

em 2012, 58% dos pacientes em diálise eram do sexo masculino (SESSO et al., 2014), entretanto as mulheres vivem mais, e estão, portanto, mais vulneráveis a desenvolver doenças crônicas, incapacidades e dependência com o envelhecimento (LEBRÃO, 2007; LEBRÃO et al., 2008).

Em relação à idade, os resultados deste estudo corroboraram uma realidade mundial, o envelhecimento populacional. Pode-se observar que 50% dos 34 pacientes que permaneceram no estudo, em 2012, já eram idosos em 2010. A média de idade em 2012 foi de 61,2 anos, variando de 35 a 87 anos, sendo que 19 (55,9%) eram idosos. Os dados nacionais divulgados a partir do Censo Brasileiro de Diálise em 2012 apontaram que, dos pacientes em diálise, 31,9% eram idosos (SESSO et al., 2014). É crescente o aumento do número de idosos com DRC terminal em TRS, uma vez que a hipertensão e a diabetes, principais causas da DRC, são doenças mais frequentes neste grupo etário (FRANCO; FERNANDES, 2013).

Em estudo multicêntrico de seguimento que avaliou a QVRS de pacientes incidentes em DP no Brasil, 42% dos pacientes que permaneceram no estudo, após 12 meses, eram idosos (GRINCENKOV et al., 2013). No estudo de WU et al. (2004) realizado nos EUA, 43% dos pacientes que permaneceram em DP após 12 meses de seguimento eram idosos. No estudo de Jonge et al. (2003), realizado na Holanda, 31,7% dos pacientes que permaneceram em DP eram idosos. Em contrapartida, os pacientes em HD que permaneceram nos estudos de seguimento de Santos (2012) e Kuslikaite et al. (2010) tinham médias de idade de 43,1 e 51,1 anos, respectivamente.

Sabe-se que a exemplo da população mundial, a população brasileira está envelhecendo e, para conduzir o tratamento dos idosos em diálise, é necessário considerar também as particularidades do processo de envelhecimento (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009). Entretanto, no cuidado do idoso com DRC terminal, é necessário considerar além da idade cronológica as decisões na condução do tratamento que devem estar pautadas nas comorbidades, no estado funcional, na QV e nas preferências individuais do idoso (TONELLI; RIELLA, 2014).

Quanto à cor da pele, 25 (73,5%) pacientes que permaneceram no estudo tinham a cor branca, achado que corrobora os dados apresentados pelo Censo Brasileiro de Diálise em 2011, no qual foi observado que 60% dos pacientes em diálise eram brancos, bem como no estudo multicêntrico conhecido como BRAZPD

no qual 64,6% dos 3.451 pacientes em DP do Sudeste do Brasil também eram brancos (FERNANDES et al., 2010; SESSO et al., 2012).

Os resultados relacionados à variável morar com o companheiro foram constantes, nas duas etapas desta pesquisa. No estudo de Wu et al. (2004), 70% dos pacientes que permaneceram em DP após 12 meses de seguimento também tinham companheiro.

A DP é uma modalidade de TRS, fundamentalmente baseada no autocuidado, e mesmo que sejam os responsáveis pelo procedimento dialítico de troca das bolsas, os pacientes parecem se beneficiar do apoio do companheiro para enfrentar a doença e o tratamento.

Em estudo de abordagem qualitativa que buscou compreender os significados da DP, segundo a experiência vivida pelos pacientes, constatou-se que embora os pacientes desejem muito a independência, reconhecem que o apoio familiar é essencial. Os participantes do estudo entendiam que seus familiares mais próximos compartilhavam momentos de angústia e estresse em função da DRC e do tratamento (SADALA et al., 2012).

Quanto à escolaridade, em 2010, observou-se a maior distribuição, 32,9% dos pacientes com 1 a 4 anos de estudo e em 2012 constatou-se a permanência de 14 pacientes (41,2%) com esta quantidade de anos de estudo. Pesquisa de seguimento realizado no Brasil, com pacientes em DP, destacou que 56% dos pacientes com ensino fundamental permaneceram na modalidade, após 12 meses de seguimento (GRINCENKOV et al., 2013).

O baixo nível de escolaridade pode ser um fator dificultador para a realização da DP, haja vista que se trata de uma modalidade dialítica, na qual o paciente precisa ter condições de ser capacitado e assim compreender como gerenciar o próprio tratamento, bem como desenvolvê-lo. Em estudo realizado com crianças e adolescentes que avaliou risco para peritonite e internação, os autores acreditam que, embora sem significância estatística, o nível de escolaridade do cuidador superior a 4ª série primária, dentre outros fatores, pode contribuir para o sucesso no desenvolvimento da DP, minimizando as complicações clínicas (ABRAÃO et al., 2010).

A capacitação dos pacientes e cuidadores com baixo nível de escolaridade ou analfabetos pode ser dificultada devido à limitação nas estratégias de ensino-aprendizagem a serem utilizadas no processo de capacitação, visto que materiais

escritos, por exemplo, não podem ser compreendidos (JACOBOSKWI; BORELLA; LAUTERT, 2005). Entretanto, o baixo nível de escolaridade não deve ser um impedimento para escolha da DP por pacientes com DRC terminal (FERNANDES, et al., 2008a).

O trabalho é uma variável prejudicada para pacientes em DP (OLIVEIRA et al., 2012). Ao analisar os resultados das duas etapas do estudo, em 2012 o trabalho esteve ainda mais prejudicado, sendo que dos 12 (14,6%) pacientes que trabalhavam em 2010, quatro (11,8%) permaneceram trabalhando em 2012. Estes pacientes referiam atividades profissionais exercidas como: contador, comerciante e costureira. A maioria dos pacientes, 25 (73,5%), se mantinha com a aposentadoria, situação também evidenciada em 2010. Quanto à renda em 2012, 67,6% referiram receber de um a dois salários-mínimos vigentes na época.

O pequeno número de pacientes trabalhando em 2010 e em 2012 contraria o que seria uma das vantagens da DP, a maior disponibilidade de tempo para trabalhar em função da flexibilidade de realizar o tratamento em domicílio (HIRTH, et al., 2003; KUTNER et al., 2008). No entanto, acredita-se que, para manter um vínculo empregatício, a disponibilidade de tempo não é o único fator preponderante. É importante que o paciente tenha condições físicas e psicológicas de desempenhar a atividade laboral. Sabe-se ainda que a importância do trabalho não se limita apenas ao retorno financeiro, os pacientes que trabalham apresentam melhor QVRS e mais autoestima, uma vez que se sentem úteis e detentores do controle da própria vida (CARREIRA; MARCON, 2003; HIRTH, et al., 2003; OLIVEIRA, et al., 2012).

As características dos pacientes em DP se relacionam com o modo como estas pessoas avaliam os aspectos da vida. A QVRS tem sido apontada como um aspecto importante a ser avaliado em pacientes com DRC, especialmente devido à condição de cronicidade da doença e às mudanças ao longo do tempo. É importante que os profissionais que cuidam de pacientes em diálise preconizem a maximização da QVRS, para que assim os pacientes possam viver melhor com um tratamento que tende a perdurar por longos anos (K/DOQI, 2002).

Um estudo longitudinal possibilita avaliar as modificações da QVRS desses pacientes ao longo do tempo e pode contribuir para a compreensão e atendimento das necessidades específicas dos pacientes em DP. Assim, o presente estudo buscou contribuir com a produção científica acerca das modificações que podem ocorrer na QVRS, bem como identificar seus preditores, a fim de difundir esta

modalidade ainda pouco utilizada no país.

A divulgação da DP faz-se relevante em função do crescente número de pacientes com DRC terminal, da necessidade de TRS e da discrepância na distribuição dos pacientes entre DP e HD. Em 2012, o número estimado de pacientes em diálise no Brasil foi de 97.586 e destes apenas 8,4% estavam em DP (SESSO et al., 2014). Situação bastante diferente do que ocorreu em alguns países onde o percentual de pacientes em DP no ano de 2011 foi de 74% em Hong Kong, 49,4%, no México, 33,2%, na Nova Zelândia e 30,9%, na Colômbia (USRDS, 2013).

A escolha da modalidade de diálise é um momento muito importante para o paciente, uma vez que ele conviverá com o tratamento por longo tempo, a depender do tipo escolhido, quase que diariamente. Esta escolha pode ser influenciada por diversos fatores sejam eles relacionados ao paciente ou não, por exemplo: as características individuais e clínicas do paciente no início do tratamento, seus hábitos socioculturais, a preferência do paciente e médico, a localização geográfica, o financiamento do tratamento e até mesmo a empregabilidade médica (ANDRADE et al., 2010; JUST et al., 2008; SZUSTER et al., 2012).

Em estudo que buscou analisar os fatores que afetam a distribuição do paciente em HD ou DP no Brasil, usando os registros de todos os pacientes financiados pelo Sistema Único de Saúde que iniciaram a TRS durante o ano de 2000, constatou-se que a alocação do paciente na TRS no Brasil não foi aleatória e que havia uma maior probabilidade de fazer DP os pacientes com diabetes, os mais jovens e os mais idosos (ANDRADE et al., 2010). A DP também tem sido a modalidade indicada para os pacientes com maior número de comorbidades (FERNANDES et al., 2010). Entretanto Kutner et al. (2011) apontaram que nos Estados Unidos os pacientes que tendem a escolher a DP como modalidade são mais jovens, com maior nível de escolaridade, que têm emprego e que receberam informação sobre as TRSs em acompanhamento pré-diálise.

Andrade et al. (2010) sugeriram que o tipo de reembolso também pode ser um incentivo para um uso majoritário de HD, uma vez que no Brasil a HD é paga por serviço enquanto na DP, os médicos recebem pelas consultas, visitas e serviço de capacitação, e o repasse referente aos equipamentos é feito diretamente aos fornecedores.

Acredita-se que a Portaria n.389 de março de 2014 que define “os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo

financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico”, pode ser uma forma de incentivo ao aumento do número de pacientes em DP no Brasil. Esta portaria tem como meta a ser atingida, em dois anos após sua implementação, um aumento gradativo de um paciente em DP para cada quatro em HD, como indicador de qualidade.

No Brasil, a região habitada pelo paciente no início do tratamento também pode estar relacionada à escolha da modalidade de diálise em função da desigualdade no acesso aos cuidados de saúde presentes nas diferentes regiões brasileiras. A dificuldade de acesso ao nefrologista, encontrado em maior número nas regiões mais desenvolvidas do país, pode retardar o tempo de encaminhamento ao médico especialista, contribuindo para um diagnóstico tardio da DRC. Pacientes com necessidade de iniciar diálise com urgência em geral o fazem pela HD. Destaca-se que o maior número de pacientes em DP está concentrado nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, regiões onde os serviços de saúde estão mais bem estruturados (ANDRADE et al., 2010; FERNANDES et al., 2010).

Szuster et al. (2012) apontaram os desfechos dos tratamentos relacionados à QV, à morbidade e à sobrevida como relevantes na escolha da modalidade de diálise.

Apesar da mortalidade entre os pacientes em diálise ter diminuído com o passar do tempo em função dos avanços alcançados na condução do tratamento desses pacientes, a mortalidade comparada à população geral ainda é bastante alta nos pacientes em diálise. A taxa de mortalidade de pacientes prevalentes em HD diminuiu 21% desde 2000, entretanto, permaneceram vivos, três anos após iniciar a TRS em 2006, apenas 52% dos pacientes em HD e 61% dos pacientes em DP (USRDS, 2013).

Atualmente além do interesse na sobrevida, tem se preocupado também com o modo com que estes pacientes vivem esses anos agregados pela melhora advinda do tratamento. A QVRS tem sido apontada como importante preditora da evolução do tratamento, bem como fator relevante na escolha do tratamento pelo paciente (MICHELS et al., 2011). Portanto, é necessário melhorar tanto a QVRS quanto a sobrevivência para otimizar os resultados dos pacientes em diálise (GRINCENKOV et al., 2013).

Dos 82 pacientes em diálise peritoneal que participaram da primeira etapa do estudo em 2010, 34 (41,5%) tiveram a QVRS avaliada novamente em 2012, e 23

(30,3%) apresentaram o desfecho óbito, durante o período de seguimento. A porcentagem de pacientes que completaram as duas etapas ficou abaixo do recomendado para estudos de seguimento, o que seria em torno de 70 a 80% (DESMOND 1995; TANSEY et al., 2007). No entanto, destaca-se que o principal motivo de saída do estudo foi o evento óbito, e os demais motivos tiveram frequência relativamente baixa.

Em estudos que também avaliaram a sobrevida de pacientes em diálise no Brasil, foram observados menores números de óbitos comparados ao encontrado no presente estudo, a exemplo da pesquisa de Bastos et al. (2011) que, em um seguimento de 36 meses de pacientes em DP, observou 16% de óbitos e de Santos (2012) que, em um seguimento de 12 meses de pacientes em HD, observou 13% de óbitos. Em outro grande estudo realizado no país por Szuster et al. (2012) com mais de 30 mil pacientes em TRS, observou-se que 42% dos pacientes em DP e 33% dos pacientes em HD tiveram o desfecho óbito ao final do seguimento de 36 meses, porcentagem superior de óbitos do que a encontrada neste estudo. Essas diferenças podem ser atribuídas, em parte, aos diferentes períodos de seguimentos dos estudos. Durante o ano de 2011, a taxa de mortalidade bruta entre os pacientes em TRS apontada pelo Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2011) foi de 19,9% e pelo Censo de 2012 foi de 18% (SESSO et al., 2012, SESSO et al., 2014).

O número restrito de pacientes que completaram o seguimento também foi observado em outros estudos. Os estudos que avaliaram a QVRS em pacientes em tratamento por DP em mais de uma medida, ainda que sejam poucos, também tiveram redução significativa na população acompanhada entre a primeira e as medidas subsequentes (BAKEWELL, HIGGINS, EDMUNDS, 2002; GRINCENKOV et al. 2013; TERMORSHUIZEN et al. 2003; WU et al., 2004).

Bakewell, Higgins e Edmunds (2002) analisaram a QVRS de 88 pacientes em DP na etapa inicial do estudo, após um período de 12 meses, 40 pacientes foram reavaliados, e apenas 27 pacientes foram avaliados ao final do período de estudo, com 24 meses. Harris et al. (2002) avaliaram as diferenças entre a QVRS de idosos em HD e DP, dos 77 pacientes em DP que foram avaliados na primeira medida, 50 foram avaliados após 12 meses de seguimento. Termorshuizen et al. (2003) avaliaram a QVRS de 413 pacientes em DP na medida inicial, aos 24 meses de seguimento, 122 pacientes foram avaliados e após 36 meses, apenas 31 pacientes tiveram a QVRS avaliada. Wu et al. (2004) compararam a QVRS de

pacientes em HD e DP, na primeira avaliação participaram 230 pacientes em DP, após 12 meses de seguimento, 133 pacientes foram reavaliados. Paniagua et al. (2005), em estudo randomizado e controlado que investigou o clareance peritoneal como preditor de QVRS, avaliaram a QVRS de 923 pacientes em DP no início do estudo, 422 pacientes, após 12 meses de seguimento, e 189 pacientes, aos 24 meses.

Michels et al. (2011) que compararam a QVRS de pacientes em DPAC e DPA avaliaram 647 na primeira medida, 419 após 12 meses, 235 após 24 meses e 130 pacientes tiveram a QVRS mensurada após 36 meses de seguimento. Balasubramanian, Mckitty e Fan (2011) também compararam a QVRS entre os pacientes em DPAC e DPA, além da sobrevida. Inicialmente avaliaram 224 pacientes, após 12 meses de seguimento 71 pacientes responderam ao questionário de QVRS. Em estudo multicêntrico realizado no Brasil por Grincenkov et al. (2013), dos 1.624 pacientes em DP avaliados que tiveram sua QVRS analisada na primeira medida, apenas 486 foram avaliados após 12 meses.

Por outro lado, o seguimento de um número significativo de pacientes foi observado no estudo de Abreu et al. (2011) realizado no Brasil, no qual os autores comparam a QVRS de pacientes em HD e DP. Na primeira medida, foram entrevistados 228 pacientes em DP, e após 12 meses 161 foram reavaliados, sendo assim em torno de 70% dos pacientes completaram o seguimento proposto no estudo. Alegría-Fernández de Retana, Basabe-Barañano e Saracho-Rotaeché (2013) estudaram o enfrentamento como preditor de QVRS de pacientes em DP e HD, para tanto avaliaram 45 pacientes em DP no início do estudo e 43 pacientes, após 12 meses de seguimento.

A QVRS tem recebido a atenção dos pesquisadores nos últimos anos, especialmente dos pacientes em TRS, entretanto a maior parte dos estudos ainda é de natureza transversal e tem como participantes, na maioria das vezes, os pacientes em HD, o que dificultou a comparação dos resultados deste estudo. Diante disso, destaca-se que as discussões sobre o estudo de seguimento da QVRS de pacientes em DP e suas relações com as variáveis de interesse serão apresentadas ao longo do texto, considerando a produção científica disponível.

Diante do diagnóstico da DRC terminal, o paciente recebe a notícia que além de cuidar de uma doença crônica a partir daquele momento precisará de um tratamento que também fará parte de sua vida de modo rotineiro e frequente e

diante desse cenário passa a viver sentimentos de angústia e incerteza acerca de sua vida e projetos futuros. Os pacientes em DP passam por mudanças drásticas e se adaptam à nova realidade, conscientes de que a diálise lhes dá condição de sobrevivência e não de cura, e que dependem de seu autocuidado, bem como do apoio de familiares e de profissionais da saúde (SADALA et al., 2012).

O paciente em diálise, em geral, tem medo de uma evolução desfavorável do seu estado de saúde. Fazer o tratamento dialítico representa para ele sair da vida normal e passar para uma vida sem saúde, na qual depende da diálise para se manter vivo. Assim precisa passar por uma autorregulação emocional frente à nova situação adversa a fim de enfrentar as mudanças físicas, psicológicas e sociais que o tratamento exige (ALEGRÍA-FERNÁNDEZ DE RETANA; BASABE-BARAÑANO; SARACHO-ROTAECHE, 2013; MOREIRAS-PLAZA et al., 2011). Desse modo, sabe-se que a QVRS destes pacientes pode estar prejudicada não só nos aspectos físicos decorrentes da DRC terminal e tratamento, mas também das inúmeras adaptações necessárias ao novo modo de conduzir a vida.

Por reconhecer que diversos aspectos da vida do paciente em DP podem ser afetados pela DRC terminal e tratamento, optou-se pelo uso do KDQOL-SF™ que avalia a QVRS e apresenta vantagens em relação aos outros utilizados para avaliar pacientes com DRC terminal. O KDQOL-SF™ é composto tanto por aspectos genéricos sobre a saúde do paciente quanto por itens específicos sobre DRC terminal e diálise (CAGNEY et al., 2000). Este instrumento apresenta escore final variando de 0 a 100, no qual zero corresponde à pior e 100 à melhor QVRS, para cada dimensão avaliada (DUARTE et al., 2003, HAYS et al., 1994).

O KDQOL-SF™ foi apontado, em estudo do tipo meta-análise, como um dos instrumentos específicos de QVRS mais bem testado e aplicado em diferentes estudos (CAGNEU et al., 2000). Foi citado também como um instrumento sensível às variações, ao longo do tempo (PANIAGUA et al., 2005).

A QVRS dos pacientes em diálise é mais prejudicada quando comparada à população geral. No atual estudo, foi possível observar já na primeira avaliação da QVRS em 2010 que os sumários dos componentes físico e mental do SF-12 tinham escores médios menores que 50, sendo 45,3 (dp10,4) e 47,8 (dp10,9) respectivamente. A pontuação de 50 (dp10) tem sido reportada na literatura como o ponto de referência na população geral, nos Estados Unidos, no Chile, na Austrália e no Brasil (BALASUBRAMANIAN; MCKITTY; FAN, 2011; GUERRA-GUERREIRO;

SANHUEZA-ALVARO; CACERES-ESPINA, 2012; JAYASINGHE et al., 2013; SENNA, 2002 apud ALVARES et al., 2012).

O SF-12, forma reduzida do SF-36, contém 12 itens e atribui duas medidas sumárias: SCF e SCM. O SF-12 tem sido considerado como capaz de fornecer previsões semelhantes ao SF-36 em pacientes em diálise, portanto é uma boa ferramenta clínica por exigir menor tempo para ser aplicado (LACSON-JR et al., 2010; OSTHUS et al., 2012).

Quando comparadas as dimensões da QVRS dos 34 pacientes, obtidas em 2010 e em 2012, observou-se piora nas médias das dimensões Funcionamento físico e Dor ao longo do tempo, enquanto a média da dimensão Bem-estar emocional apresentou melhora, ambas as diferenças com significância estatística, situação confirmada pelos sumários dos componentes físico e mental do SF-12 que apresentaram piora da média ao longo dos dois anos para o componente físico e melhora para o mental.

Em estudos de seguimento por 12 meses que compararam a QVRS de pacientes em DPAC e DPA por meio do KDQOL-SFTM, não foram encontradas diferenças com significância estatística das dimensões de QVRS (BALASUBRAMANIAN; MCKITTY; FAN, 2011; MICHELS, et al., 2011). Um dos estudos apontou ainda que, embora o KDQOL-SFTM fosse um instrumento específico para DRC terminal, o fato de não ter questões específicas sobre as duas modalidades pode o ter tornado pouco sensível às diferenças entre os dois tipos de DP (MICHELS, et al., 2011).

Nos estudos de seguimento por 12 meses que compararam pacientes em HD e DP por meio do KDQOL-SFTM ou do SF-36, não foram encontradas diferenças da QVRS entre as modalidades ao longo do tempo (ABREU et al., 2011; WU et al., 2004; HARRIS et al., 2002).

Em estudo de seguimento por 24 meses, randomizado e controlado, não foram encontradas diferenças entre os grupos controle e de intervenção que confirmassem os benefícios do clearance peritoneal de pequenos solutos na QVRS. Entretanto na maioria dos casos, a evolução ao longo do tempo mostrou um declínio geral na QVRS (PANIAGUA et al., 2005).

A melhora na dimensão função emocional e no SCM foi constatada em estudo de seguimento de um ano, realizado no Brasil com pacientes em HD, no qual foi avaliada a QVRS por meio do SF-36 (SANTOS; PONTES, 2007). Em outro

estudo realizado no mesmo serviço, com a proposta de seguir os pacientes em HD por dois anos e também avaliar a QVRS pelo SF-36, observou-se melhora de domínios físicos e mentais em pacientes com menor número de comorbidades (SANTOS et al., 2009). Kuslikaite et al. (2010), em estudo de seguimento por 48 meses de pacientes em HD, avaliaram a QVRS destes pacientes anualmente e observaram declínio nos sumários dos Componentes Físico e Mental, ao longo do tempo.

No estudo de Abreu et al. (2011) que foi realizado na maior cidade do Brasil, São Paulo, pacientes em DP e em HD foram seguidos por 12 meses e avaliados quanto à QVRS por meio do SF-12 e dimensões específicas do KDQOL-SF™, não foram observadas diferenças entre os escores dos pacientes em DP e HD, segundo o SF-12. As dimensões Sobrecarga de doença renal, Satisfação do paciente e Estímulo por parte da equipe melhoraram ao longo do tempo nos pacientes em DP, e os pacientes em HD tiveram melhora em diversas dimensões que estavam mais prejudicadas na avaliação inicial, no entanto, essas diferenças não foram clinicamente significativas.

Do ponto de vista de análise das dimensões de QVRS, segundo o instrumento utilizado neste estudo, fez-se necessário explorar as relações entre determinadas dimensões e variáveis independentes investigadas, as quais apresentaram significância estatística ou foram consideradas relevantes diante dos resultados obtidos. Ressalta-se que, diante de alguns resultados, pôde-se confirmar a existência de variáveis independentes como preditoras de QVRS de pacientes em DP.

A dimensão de QVRS, Funcionamento Físico, ou também denominada Capacidade Funcional, é composta por dez itens que avaliam as limitações na realização de atividades em função da condição de saúde. A pessoa é questionada sobre o grau de dificuldade enfrentado quer seja: muita, pouca ou nenhuma para realizar desde atividades que requerem muito esforço até as atividades mais simples relacionadas ao 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.

As diretrizes de prática clínica para DRC mencionam que as complicações da DRC, tais como anemia, desnutrição, doença óssea, neuropatia e condições de comorbidades, a exemplo da diabetes e da doença cardiovascular, podem afetar

negativamente a capacidade funcional e o bem-estar desses pacientes (K/DOQI, 2002).

Neste estudo, no ano de 2010, encontrou-se correlação inversa e moderada entre número de comorbidade e as dimensões Funcionamento Físico e no ano de 2012, além de ser observada a permanência da correlação inversa e moderada com o número de comorbidades, a dimensão Funcionamento Físico apresentou correlação inversa e moderada com as variáveis idade e número de complicações, confirmando a relação do maior número de comorbidades, de complicações e da maior idade com redução do escore médio para esta dimensão.

As comorbidades mais apontadas pelos pacientes em DP em 2012 foram: hipertensão arterial, déficit visual, outras doenças, e diabetes *mellitus*. Quando comparadas com as mais apontadas em 2010, observa-se uma redução a ser considerada do número de pacientes acometidos pela anemia e pelo diabetes *mellitus* e aumento do número de pacientes com déficit visual e auditivo. A média de comorbidades por paciente entre os 34 que participaram das duas etapas, em 2010 e em 2012, passou de 2,8 para 3,2 comorbidades respectivamente, situação que pode ter colaborado para piora dos escores de QVRS, especialmente aqueles relacionados à saúde física.

O maior número de comorbidades estava associado aos piores escores médios para as dimensões função física, situação de trabalho, a interação social, bem-estar emocional e função cognitiva, no estudo de Bakewell, Higgins e Edmunds (2002). Sugerindo que o impacto das comorbidades não se limita aos aspectos físicos da QVRS. Os mesmos autores acreditam que a QV não se restringe somente à presença de doença, mas parece ser influenciada pela percepção das pessoas sobre sua própria condição diante da doença.

Observou-se que pacientes com diabetes *mellitus* morreram mais, e isto parece ser a explicação para a redução do número de pacientes com a doença em 2012. Fernandes et al. (2010) apontaram que os pacientes idosos em DP têm doenças cardiovasculares, diabetes e apresentaram pior sobrevida. Em estudo realizado com pacientes canadenses que buscou comparar a sobrevida entre pacientes em HD e DP, também constatou pior sobrevida na DP dos pacientes idosos e com diabetes (YEATES, et al., 2012).

Acredita-se que o fato de a maioria dos participantes do estudo ser idoso pode justificar o aumento do número de pacientes com problema visual e auditivo,

haja vista que são déficits comuns no processo de envelhecimento e podem ser agravados por comorbidades relacionadas.

Em 2010, a média de complicações era de 4,3 e passou para 5,1 em 2012, entre os 34 pacientes que participaram das duas etapas da pesquisa. Destaca-se que as complicações físicas relacionadas à DRC terminal e ao tratamento, mais relatadas em 2012 foram: cãimbra, fraqueza, constipação intestinal, prurido, elevação da pressão arterial e dor em outra parte do corpo.

Davison e Jhangri (2010) referiram que os estudos disponíveis sobre a relação entre os sinais e sintomas da DRC e a QVRS não são claros do ponto de vista da relevância clínica já que não há um padrão de quais sintomas teriam o maior impacto na QVRS, bem como o quanto podem afetar a mesma.

O maior número de correlações alcançado em 2012 foi entre o número de complicações da DRC e as dimensões de QVRS, correlações estas moderadas, inversas e mais frequentes nas dimensões genéricas do KDQOL-SFTM, relacionadas à saúde física. O aumento no número médio de comorbidades e complicações, após dois anos de seguimento, e a manutenção das correlações inversas e moderadas destas variáveis com a dimensão Funcionamento Físico confirmam o prejuízo nos aspectos físicos de pacientes em diálise, ao longo do tempo, também relatado em outros estudos (KUSLIKAITE et al., 2010; SANTOS; PONTES, 2007).

As mulheres apresentaram piora significativa, da dimensão Funcionamento físico, considerando as duas medidas de QVRS deste estudo e comparadas aos homens, contudo não foi observada significância estatística. Sabe-se que as mulheres têm menor quantidade de área muscular, menor força de preensão, maior região de gordura nos braços e maior intolerância ao exercício (ROSTAMI et al., 2013). Tais características relacionadas ao gênero podem ter influenciado na piora do desempenho de atividades, ao longo do tempo. Torna-se ainda importante mencionar que a DP e seus respectivos fatores intrínsecos podem piorar ainda mais o funcionamento físico neste grupo. No estudo de Santos et al. (2009), foi observado maior número de mulheres com piora do Funcionamento físico, durante os dois anos de seguimento em HD.

Os idosos, com o passar do tempo, tendem a ter piores médias na dimensão Funcionamento físico, principalmente em função da deterioração dos aspectos físicos, comuns ao processo de envelhecimento. Ulutas et al. (2014), em estudo de corte transversal que avaliou as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e as

atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) de idosos em DP, medidos pela escala Barthel e Lawton, constataram que apenas 11% dos pacientes eram totalmente independentes para as AIVDs, enquanto 64% dos idosos eram dependentes em uma ou mais ABVDs e 89% eram dependentes em uma ou mais AIVDs, sugerindo assim que a disfunção muscular e o prejuízo cognitivo comuns na velhice se refletiram no desempenho físico e funcional prejudicado dos idosos mantidos em DP.

Entretanto quando comparados aos idosos em HD, os idosos em DP parecem ter vantagens na evolução da capacidade funcional. Um estudo que comparou a mudança no estado funcional pela escala *Minimum Data Set Activities of Daily Living* (MDS-ADL) em uma coorte de idosos incidentes em HD e DP, durante um período de três anos de TRS, conclui que os idosos tratados com DP tinham uma melhor evolução do estado funcional, comparados aos em HD (VACAROIU, 2012).

Medeiros, Pinent e Meyer (2002) referiram que o paciente com DRC terminal em HD tem a capacidade funcional prejudicada para a realização das atividades comuns do cotidiano. Estes autores compararam o grau de aptidão física de pacientes adultos em HD com indivíduos sedentários e saudáveis e constataram que os homens em HD tinham menor capacidade cardiorrespiratória, força e flexibilidade, comparados aos sedentários saudáveis, possivelmente em função da anemia, fadiga, hipertensão arterial, neuropatia urêmica, alteração do metabolismo muscular, dor nos membros inferiores e comprometimento osteomuscular.

A atividade física tem sido apontada como benéfica também para indivíduos com DRC terminal. A maior parte dos trabalhos é desenvolvida com pacientes em HD. Uma revisão de literatura sobre a influência do exercício físico em pacientes submetidos à HD concluiu que os exercícios físicos, seja aeróbico e/ou de resistência, aumentam a capacidade funcional, função muscular e QV de pacientes submetidos a esta modalidade dialítica (NASCIMENTO; COUTINHO; SILVA, 2012).

É preocupante que a dimensão Funcionamento Físico dos pacientes em DP seja apontada como tão prejudicada no estudo atual, especialmente pelo fato de que este prejuízo pode afetar o autocuidado, essencial ao desenvolvimento adequado desta modalidade dialítica. A limitação evidenciada pelo baixo escore nesta dimensão remete à reflexão, também, acerca da provável limitação no desenvolvimento das atividades laborais, no convívio social e atividades de

recreação e lazer enfrentadas pelos pacientes mantidos em DP.

Purnell et al. (2013), em revisão sistemática da literatura que teve como objetivo comparar a participação em atividade entre adultos tratados por HD, DP e transplantados, após analisar 46 artigos, constataram que os pacientes transplantados tinham maior participação nas atividades avaliadas, comparados aos pacientes em diálise. No entanto, não foram encontradas diferenças em relação à participação em atividade entre os pacientes em HD e em DP. As atividades avaliadas no estudo em questão foram: atividade física, viagem, recreação, trabalho e atividades livres.

A dimensão Dor também apresentou piora com o passar do tempo neste estudo. Esta dimensão avalia a intensidade da dor e o quanto a mesma interfere no trabalho habitual, tanto fora de casa quanto no trabalho doméstico.

Kafkia et al. (2011) destacaram que a dor, experiência sensorial e emocional desagradável é o sintoma mais comum experimentado por pacientes com DRC, e que esta pode ser causada pelas comorbidades primárias, pela TRS, por medicamentos ou pelos efeitos colaterais do tratamento. Os mesmos autores apontam ainda que o manejo medicamentoso da dor em pacientes com DRC é complicado, uma vez que a distância entre o alívio da dor e a toxicidade é muito pequena.

No estudo atual, tanto em 2010 quanto em 2012, a maioria dos pacientes em DP era idosa. A piora acentuada da dimensão dor com o passar do tempo para os idosos foi considerada um aspecto importante e merecedor de atenção, ainda que as diferenças não tenham alcançado significância estatística, pois se sabe que a prevalência da dor aumenta a cada década de vida. Entre as principais comorbidades responsáveis pela dor na velhice estão: dor lombar por artrite, osteoartrite e osteoporose, fraturas ósseas prévias, artrite reumatoide, polimialgia reumática, neuropatia periférica, dor neuropática associada ao Acidente Vascular Encefálico, diabetes, neuropatias nutricionais, doença vascular periférica e a doença cardíaca (DAVIS; SRIVASTAVA, 2003). Os mesmos autores apontaram ainda que o manejo da dor nesses pacientes merece atenção especial, visto que é sabido que com o avanço da idade também ocorreram mudanças físicas que alteraram a farmacocinética e farmacodinâmica das medicações, a destacar pela redução da função renal inerente ao processo do envelhecimento e acentuada pela DRC.

Acredita-se que os pacientes que convivem com a dor têm sua QVRS

afetada, haja vista que a dor pode limitar além das atividades de vida diária, o trabalho, bem como as atividades de lazer e recreação dos pacientes em DP, afetando também os aspectos psicológicos daqueles que convivem com este sintoma. Embora seja um sintoma comum entre os pacientes em TRS, o impacto que ele traz à vida e à QVRS dos pacientes em DP ainda é pouco estudado. Pacientes em HD tiveram como preditores com impacto negativo na QVRS, os seguintes sintomas: cansaço, dor, falta de bem-estar e diminuição do apetite, tanto no início do estudo quanto na avaliação longitudinal após seis meses, sendo que a dor foi apontada ainda como preditora do sumário do componente físico (DAVISON; JHANGRI, 2010).

Foi observada correlação inversa e moderada entre o número de complicações e a dimensão dor em 2012, sugerindo que os pacientes com maior número de complicações apresentaram menor QVRS na dimensão dor, após dois anos da avaliação inicial. O número médio de complicações no atual estudo aumentou em relação a 2010 e foram apontados como os mais experimentados: câimbra, fraqueza, constipação intestinal, prurido, elevação da pressão arterial e dor em outra parte do corpo. Em estudo de revisão sistemática, foram citados como os sintomas mais comuns nos pacientes com DRC terminal em TRS: fadiga /cansaço (71%), prurido (55%), constipação (53%), anorexia (49%), dor (47%) perturbações do sono (44%), ansiedade (38%) dispneia (35%), náusea (33%), síndrome das pernas inquietas (30%) e a depressão (27%) (MURTAGH; ADDINGTON-HALL; HIGGINSON, 2007). Sintomas esses que se assemelham aos achados desta pesquisa.

Ibrahin, Cheing-Tong e Desa (2011) avaliaram os tipos de sintomas mais comuns e a relação desses sintomas com a QVRS de pacientes em diálise e observaram correlação inversa entre o número de sintomas e os Sumários dos componentes físico e mental do SF-36. Nesse estudo, os sintomas mais frequentes entre os pacientes em diálise foram: fadiga, fraqueza, câimbra, prurido, perturbações do sono, rigidez articular, dor, náusea, dormência nas pernas, perda de peso, falta de ar, dor de cabeça, constipação, entres outros, condições que corroboram as encontradas no estudo atual.

A dimensão Bem-estar emocional, denominada saúde mental no instrumento SF-36, avalia os sintomas de ansiedade, depressão, perda do controle comportamental ou emocional e bem-estar psicológico, por meio de cinco itens.

Os pacientes do atual estudo apresentaram melhora significativa nesta dimensão, após dois anos da avaliação inicial de QVRS. Sabe-se que os pacientes mantidos em TRS enfrentam inúmeras dificuldades no processo de adaptação à DRC terminal e ao tratamento. O processo adaptativo é influenciado pela individualidade, história de vida anterior, processo cognitivo e de significação do adoecimento. A forma como o paciente enfrenta o tratamento pode determinar além da adesão, a QVRS do mesmo (OLIVEIRA et al., 2008).

Vale a pena destacar que, segundo os resultados deste estudo, foi possível observar que os 34 pacientes, reavaliados em 2012, tiveram melhora nos escores médios da dimensão Bem-estar emocional e no Sumário do componente mental do SF-12, com isso pode-se inferir que estas pessoas podem ter se mantido na mesma modalidade de DP e ainda com melhor QVRS mencionada, por terem passado pelo processo adaptativo, utilizando estratégias eficazes de enfrentamento. Em estudo de seguimento de um ano, realizado com pacientes brasileiros em HD, que tiveram a QVRS avaliada por meio do SF-36, foi encontrada melhora no Sumário do componente mental (SANTOS; PONTES, 2007). Sugerindo melhor adaptação do paciente ao tratamento no decorrer do tempo, o que corrobora os achados do atual estudo.

Em 2012, foi observada correlação inversa e moderada entre os escores médios da dimensão Bem-estar emocional e o número de peritonites, evidenciando o quanto esta complicação infecciosa afeta o aspecto emocional dos pacientes em DP, ou seja o número menor de peritonite se correlacionou com melhor QVRS na dimensão Bem-estar emocional.

No estudo atual, o número de peritonite variou de um a sete no período de dois anos, com média de um episódio por paciente. Não foram encontradas diferenças com significância estatística, quando comparadas as médias das dimensões de QVRS entre os pacientes que tiveram ou não tiveram peritonite, no período de 2010 a 2012. Em contrapartida, no estudo de Bakewell, Higgins e Edmunds (2002), a peritonite apresentou associação com piores escores nas dimensões: Satisfação do paciente e Estímulo por parte da equipe de diálise.

A peritonite é um problema comum entre os pacientes em DP e é sabidamente um dos maiores temores observados na prática clínica, para estes pacientes, entretanto, há escassez de estudos que relacionem a ocorrência de peritonites com os escores médios de QVRS, o que sugere um campo amplo para

investigações futuras.

É preciso reforçar que a peritonite deve ser um motivo de preocupação para o paciente em DP, haja vista que a infecção é uma das principais causas de óbito entre os pacientes em DP, e a peritonite é a complicação infecciosa mais comum nestes pacientes (SHIAO et al. 2009). Assim a peritonite, além de impactar nos aspectos físicos do paciente em função da febre, desconforto e dor abdominal, pode desencadear sentimentos de insegurança, preocupação e medo dos desfechos desfavoráveis que podem estar associados a esta complicação.

Quanto às dimensões específicas do KDQOL-SFTM, no atual estudo não foram encontradas diferenças com significância estatística, dois anos após a primeira avaliação da QVRS. Por outro lado, foi observada por Bakewell, Higgins e Edmunds (2002) a diminuição nos escores de todas as dimensões do KDQOL-SFTM, sendo que as dimensões Lista de Problemas e Sintomas, Funcionamento físico, Sobrecarga da doença renal, Saúde geral, Bem-estar emocional e Satisfação do paciente alcançaram significância estatística.

Destaca-se, ainda, que as dimensões que apresentaram os menores escores em 2010 e em 2012 foram Função física e Situação de trabalho, no entanto não apresentaram diferenças, com significância estatística, dois anos após a primeira avaliação. Embora não haja ponto de corte para classificar a QVRS segundo o KDQOL-SFTM, ao observar as médias dos escores nas duas dimensões citadas, nota-se que elas permaneceram com os escores mais próximos a zero, quando comparadas às demais dimensões avaliadas, reafirmando quão prejudicadas estão nas vidas dos pacientes em DP. Situação esta que confirma o prejuízo dos aspectos relacionados à saúde física, sofridos pelos pacientes em TRS e que se refletem nas atividades rotineiras em casa e no trabalho.

Portanto, a maior flexibilidade para realizar atividades do cotidiano e aquelas relacionadas ao trabalho que poderia ser uma vantagem da DP não foram evidenciadas na avaliação das dimensões de QVRS. Observou-se, assim, o prejuízo com relação aos aspectos de vida dos pacientes em DP, especialmente relacionados à saúde física, condição que merece atenção dos profissionais que trabalham e que cuidam desses pacientes. Destaca-se que um estudo brasileiro de seguimento que comparou a QVRS de pacientes em HD e DP por meio do KDQOL-SFTM e depois classificou as mudanças dos escores de QVRS como melhor, igual e pior, foram encontradas frequências muito semelhantes quanto à evolução da

dimensão Situação de trabalho para as duas modalidades de tratamento (ABREU et al., 2011). Assim constata-se uma evolução pouco favorável da dimensão Situação de trabalho para os pacientes em DP.

A relação entre as variáveis nível socioeconômico, nível de escolaridade e a QVRS dos pacientes em DP não teve suas análises aprofundadas neste estudo, no entanto por serem consideradas como fatores dificultadores para o bom desempenho da DP e pelo fato de o Brasil ser um país em desenvolvimento com sérios problemas associados às variáveis citadas, esta relação tem sido focada em alguns estudos nacionais.

No estudo de Grincenkov et al. (2013), foi avaliada associação entre o nível de escolaridade e de renda familiar com alterações na QVRS, durante o primeiro ano de terapia de pacientes em DP. Os resultados mostraram que não houve associações, com significância estatística, na análise multivariada entre as variáveis estudadas, o que sugere que o nível socioeconômico e de escolaridade não deve ser uma barreira para indicação da DP como modalidade para pacientes brasileiros. É importante destacar ainda que o nível socioeconômico não foi considerado como preditor nem para sobrevida da técnica, nem para sobrevida de pacientes incidentes em DP no Brasil (BASTOS et al., 2011).

Nesse cenário, destaca-se o importante papel do enfermeiro em todo o processo de cuidado do paciente com DRC, desde o momento do diagnóstico da DRC terminal, na escolha da modalidade, bem como no acompanhamento clínico do paciente em TRS, em especial em DP.

Diante da opção por uma terapia domiciliar que engloba o autocuidado, o enfermeiro precisa conhecer o paciente e a família para promover o suporte, dando apoio no cuidado. Este profissional é responsável pela avaliação do local onde serão realizadas as trocas das bolsas, determinando assim os ajustes necessários, bem como pelo processo de capacitação do paciente e/ou cuidador (ABUD, 2013; FIGUEIREDO, 2006). Ao enfermeiro cabe realizar as consultas de enfermagem mensais, nas quais avalia e acompanha os resultados de exames, aceitação da alimentação, adesão ao tratamento medicamentoso, aparecimento de complicações da DRC e tratamento, bem como questões práticas referentes ao desenvolvimento da DP no domicílio, por exemplo, os aspectos de adequação em diálise. Este profissional também é tido como referência, quando acontece algum problema no decorrer do tratamento em domicílio.

Assim, o enfermeiro tem papel preponderante na capacitação desses pacientes e para tanto ele precisa conhecer o nível de escolaridade e a capacidade do paciente e/ou cuidador de compreenderem as informações, a fim de utilizar a estratégia apropriada para capacitação e instrumentalização para o autocuidado eficaz. O método não é o mesmo para todos os pacientes, haja vista que para ocorrer o aprendizado de modo significativo e válido é necessário levar em consideração as peculiaridades de cada paciente (FIGUEIREDO, 2006).

Para Figueiredo (2006), cabe ao enfermeiro de DP fomentar, motivar e apoiar os pacientes, a fim de que estes consigam realizar seu próprio tratamento, de forma segura e confiável, com o menor número de hospitalizações e de complicações possível. A capacitação do paciente na DP é, portanto, muito importante uma vez que este precisa aprender exatamente como realizar o procedimento da terapia dialítica, diferente dos pacientes que escolhem HD para a qual basta entender os conceitos, sem a prática do procedimento que é realizado pelo profissional de enfermagem em unidades de diálise ou ambiente hospitalar.

Constatou-se neste estudo o quanto os aspectos da vida do paciente em DP são prejudicados, ao longo do tempo. Diante da identificação de quais dimensões da QVRS estão mais afetadas, o enfermeiro tem condições de priorizar, bem como traçar metas e usar estratégias apropriadas que enfoquem os problemas reais vividos por esses pacientes. Neste estudo, foi evidenciada a necessidade iminente de maiores incentivos no manejo dos aspectos retratados pelas dimensões Funcionamento físico e Dor dos pacientes em DP atendidos em Ribeirão Preto, a fim de melhorar a QVRS desses pacientes. Destaca-se que a elaboração e o desenvolvimento de um plano de cuidados que auxilie no processo de reabilitação, para as atividades cotidianas e diminuição da dor dos pacientes em DP, podem ser uma meta para o alcance de objetivos comuns para a equipe multidisciplinar responsável pelo cuidado destes pacientes.

Em suma, neste estudo foi possível verificar que houve dimensões que se modificaram, com significância estatística ou não, e dimensões que se mantiveram estáveis, dois anos após a primeira avaliação de QVRS, utilizando o KDQOL-SF™. A análise desta evolução da QVRS dos pacientes em DP evidenciou a presença de variáveis independentes como preditoras de melhora ou piora de dimensões de QVRS, dois anos após a primeira avaliação, o que responde às perguntas iniciais deste estudo.

Os resultados de pesquisa são de extrema relevância para reconhecer aspectos comuns ao grupo de pacientes investigados. A experiência enquanto pesquisadora e promotora do cuidado tem demonstrado que a avaliação do constructo QVRS, além de trazer informações acerca das características grupais, pode ser importante na avaliação individual. Considerar a avaliação da QVRS de modo individual para condução do plano de cuidados, ainda mais direcionado, é um passo a ser dado na prática clínica.

Em adição e ao encontro do que a literatura faz referência, a QVRS também tem sido investigada como preditora de desfechos para os pacientes em TRS. Particularmente neste estudo, foi realizada a análise sobre a QVRS e outras variáveis de interesse, como preditoras do desfecho óbito. Tal análise se fez necessária, em virtude do elevado número deste evento ocorrido no período entre as duas avaliações da QVRS, realizadas no estudo.

Foi observado o desfecho óbito de 23 (30,3%) pacientes, no período de dois anos após a avaliação inicial. Sabe-se que os pacientes com DRC terminal em TRS têm pior sobrevida quando comparados à população geral. O óbito também tem sido apontado como principal causa de saída da terapia dialítica em outros estudos (FERNANDES et al., 2008a; JACOBOSKWI; BORELLA; LAUTERT, 2005).

Com relação à causa de óbito, as que mais apareceram no atual estudo foram: cinco (21,7%) sepse, quatro (17,4%) infarto agudo do miocárdio, quatro (17,4%) insuficiência cardíaca congestiva, dois (8,7%) edema agudo de pulmão. A maior frequência de doenças cardiovasculares e infecção encontradas como causa de óbito neste estudo corroboram outros estudos que avaliaram pacientes em DP (HAN et al., 2008; JACOBOSKWI; BORELLA; LAUTERT, 2005; OSTHUS et al., 2012; REVUELTA et al., 2004; SHIAO et al., 2009). Foi possível constatar o risco de prognóstico desfavorável relacionado às doenças cardiovasculares destes pacientes, bem como a necessidade de prevenir infecções, em especial a peritonite comum neste tipo de modalidade dialítica.

O tempo médio de sobrevida em DP para os pacientes deste estudo foi de 23,4 meses. No estudo de Vonesh et al. (2006), foi encontrada menor tendência de mortalidade entre os pacientes em DP nos dois primeiros anos, quando comparados àqueles em HD, sendo que depois desse período o risco foi variável, nos diferentes centros estudados. Em estudo de análise de sobrevida realizado no Brasil por Szuster et al. (2012), considerando a modalidade inicial de tratamento, observou-se

pior sobrevida para os pacientes em DP que, em seguimento de três anos, apresentaram um tempo médio de sobrevida de 28 meses. Foram considerados fatores de risco para o óbito, dentre outros: iniciar diálise em DP, ser do sexo feminino, ter diabetes como causa da DRC, ter mais 55 anos de idade ao iniciar tratamento, morar fora da região Sudeste e em cidades com menor índice de desenvolvimento humano. Destaca-se que as características ser mulher, idoso e diabético também eram comuns entre os pacientes que morreram no atual estudo.

A taxa de sobrevivência entre os pacientes em DP no atual estudo foi de 69,7% em dois anos, situação que se assemelha à encontrada por Bastos et al. (2011) que, em estudo multicêntrico de seguimento por dois anos realizado no Brasil com pacientes em DP, observaram uma taxa de sobrevivência de 70%. Bem como em outro estudo realizado nos Estados Unidos e no Canadá, no qual foi encontrada taxa de sobrevida em dois anos de 63,2% e 79,7% respectivamente (CHURCHILL et al., 1997).

Os idosos apresentaram risco maior de ter o desfecho óbito, quando comparados aos adultos, análise esta que apresentou significância estatística marginal, no estudo atual. Os pacientes idosos sofrem os problemas impostos pela DRC e tratamento, além das alterações e manifestações próprias do envelhecimento. Os idosos em TRS, quando comparados às pessoas da população geral com diabetes, câncer e insuficiência cardíaca congestiva, morrem duas vezes mais (USRDS, 2013). Os adultos também tiveram maior sobrevida no estudo de Jonge et al. (2003) realizado com pacientes em HD e DP e no estudo de Bastos et al. (2011) que avaliaram pacientes brasileiros em DP.

É comum o paciente com DRC terminal acumular comorbidades, além da DRC, ao longo da vida, no atual estudo o número médio de outras comorbidades entre os pacientes em DP aumentou dois anos após a avaliação inicial, passando de 2,8 em 2010 para 3,2 comorbidades por paciente em 2012. O maior número de comorbidades tem mostrado associação com piores escores médios de QVRS (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002; SANTOS, 2009).

Além do impacto observado pelas comorbidades na QVRS, têm sido constatados na literatura, prejuízos também no tempo de vida dos pacientes que as acumulam. No atual estudo, os pacientes com quatro comorbidades ou mais apresentaram um risco maior de ter o desfecho óbito, quando comparados com aqueles com até três comorbidades. No estudo de Santos et al. (2012), o maior risco

calculado pelo Índice de Comorbidade de Klan foi apontado com preditor de mortalidade em pacientes em HD, seguidos por dois anos.

Destaca-se que pacientes com doenças cardiovasculares e diabetes apresentaram pior sobrevida (FERNANDES et al., 2010; YEATES, et al., 2012).

O tratamento por DP tem diferentes formas de ser conduzido, seja por meio de cicladora ou manual, seja com a troca das bolsas de dialisato de modo intermitente ou contínuo que mantém a cavidade abdominal seca ou não durante o dia. Para a escolha do tipo de DP, em geral, levam-se em consideração as condições clínicas e o estilo de vida do paciente (FIGUEIREDO, 2006). Os tipos de DP têm vantagens e desvantagens e, assim sendo, podem impactar de diferentes formas na QVRS dos pacientes e na sobrevida.

Neste estudo não foram encontradas diferenças de QVRS, com significância estatística, entre os escores médios dos pacientes em DPAC e DPA, após dois anos da avaliação inicial de QVRS, o que corrobora os outros dois estudos que avaliaram a QVRS entre pacientes em DPA e em DPAC, por meio do KDQOL-SFTM ou somente pelo SF-36, ao longo de um e três anos de seguimento (BALASUBRAMANIAN; MCKITTY; FAN, 2011; MICHELS et al., 2010).

Por outro lado, os pacientes em DPAC apresentaram pior sobrevida, quando comparados àqueles em DPA no estudo atual. Os estudos de Badve et al. (2008) e Balasubramanian, Mckitty e Fan (2011) não encontraram diferenças significativas na sobrevida dos pacientes que estavam em tratamento por uma ou outra modalidade de DP.

Balasubramanian, Mckitty e Fan (2011) colocaram que os pacientes que tiveram o desfecho óbito, enquanto faziam DP, podem não refletir a falência da técnica por si só, haja vista que devido à seleção negativa, muitos pacientes nesta modalidade eram também idosos e tinham diversas comorbidades.

A dimensão de QVRS, Funcionamento físico, teve seus escores prejudicados dois anos após a primeira avaliação neste estudo, evidenciando a sua piora ao longo do tempo. Fez-se, então, pertinente analisar a influência desta dimensão na sobrevivência dos pacientes em DP e como consta nos resultados, de fato, demonstrou ser uma dimensão preditora de óbito.

No estudo de Osthus et al. (2012) o SCF tanto do SF-36 quanto o do SF-12 foram apontados como preditores para sobrevida nos pacientes em diálise, cabe destacar que o Funcionamento físico é uma das dimensões que integram o SCF. No

estudo atual os pacientes com menos que 50 pontos de escore médio na dimensão de QVRS, Funcionamento Físico sobreviveram menos. Baixos escores no SCF também foram citados como preditor de pior sobrevida em pacientes em DP (SHIAO et al.2009). Já no estudo randomizado e controlado de Paniagua et al. (2005) com pacientes em DP, estavam associados a pior sobrevida, os SCF, SCM e no sumário específico do KDQOL, mesmo após ajustados para as variáveis idade, diabetes e níveis de albumina.

Mapes et al. (2003) em estudo de seguimento por anos com pacientes em HD, encontraram forte associação entre piores escores médios nos três principais sumários dos componentes do KDQOL-SF™ e pior sobrevida. Também foi observado em seguimento realizado por dois anos com pacientes brasileiros em HD, piora na dimensão funcionamento físico como preditora de pior sobrevida (SANTOS, 2012). No estudo de seguimento com pacientes em HD, acompanhados por quatro anos, KUSLEIKAITE et al.(2010) observaram piora no Sumário dos componentes físico e mental do SF- 36 ao longo do tempo e associação com aumento no risco de morte.

Osthus et al. (2012) referem que os piores escores de QVRS são importante risco para o desfecho óbito, portanto a mensuração da QVRS dos pacientes em TRS não pode ser negligenciada, e deve ser implementada como rotina nas clínicas de diálise e no seguimento dos pacientes.

Diante da apresentação da pesquisa, faz-se pertinente mencionar algumas limitações identificadas e que de alguma forma podem ter influenciado os achados apresentados e discutidos. Primeiramente, cabe citar o número restrito de participantes no estudo, tal limitação dificultou a realização de análises mais elaboradas e também pode ter influenciado na obtenção de significância estatística nos resultados. Esta limitação não é exclusiva deste estudo, visto que o número de pacientes em DP na realidade nacional também é restrito. Uma forma de solucionar a limitação quantitativa é o desenvolvimento de estudos multicêntricos que podem aumentar o tamanho de amostras, por outro lado, considerando as características do constructo QVRS, podem apresentar outros tipos de limitações relacionados às diferenças culturais, terapêuticas e clínicas dos pacientes, dentre outras.

Outra limitação foi o fato de os pacientes estarem em diferentes tempos de tratamento. Em virtude do pequeno número de pacientes em DP, também não foi possível estratificá-los por tempo de tratamento para a avaliação da QVRS.

Considera-se relevante a realização de pesquisas de seguimento de pacientes incidentes em DP, as quais podem possibilitar a realização de estudos precisos sobre o tempo em DP, enquanto uma variável relevante para a determinação da QVRS, bem como da sobrevida dos pacientes. Contudo, como citado anteriormente, a incidência e prevalência de pacientes em DP no Brasil ainda se encontram restritas, e este fato restringe a possibilidade de desenvolvimento de estudos dessa natureza.

Acredita-se, ainda, que a QVRS pode incluir dimensões outras que não abordadas neste estudo que também são importantes na vida do paciente, tais como espiritualidade e questões relacionadas ao ambiente. A associação de outros instrumentos de QV e/ou QVRS pode ser uma boa proposta para solucionar esta limitação em estudos futuros, visto que existem instrumentos disponibilizados em vários idiomas que podem ser utilizados.

Ressalta-se que este estudo selecionou uma condição de saúde de elevada prevalência, com pacientes sob um tratamento ainda pouco utilizado no país, provenientes de uma cidade e região do país com contexto de serviço de saúde mais bem estruturado do que o encontrado em outras regiões. Acredita-se ser de extrema importância traduzir a realidade no que se refere à evolução da QVRS dos pacientes em DP, após dois anos da primeira avaliação, bem como auxiliar na compreensão dos fatores que podem interferir neste processo, uma vez que a TRS tende a ser utilizada por longos períodos de tempo.

Acredita-se que algumas estratégias podem melhorar a QVRS e conseqüentemente o prognóstico dos pacientes em DP, a citar: o investimento na reabilitação funcional dos pacientes, o maior incentivo para a realização de atividade física, bem como a implementação de grupos de apoio a fim de possibilitar maior convívio entre os pacientes que partilham das mesmas experiências e auxiliar na busca de estratégias adequadas de enfrentamento da DRC terminal e terapia dialítica.

Desenvolver estratégias para reabilitar a capacidade funcional e estimular a realização de atividade física é visto como um fator de grande relevância, uma vez que os pacientes em DP deste estudo tiveram grande impacto nos aspectos físicos da vida, sugeridos pela piora após dois anos da avaliação de QVRS nas dimensões: Funcionamento e dor, bem como no SCF do SF-12 além da manutenção de escores médios muitos prejudicados, nas dimensões Função física e Situação de trabalho.

A promoção de grupos de convivência e apoio para auxiliar nas melhores formas de enfrentamento, bem como auxiliar nas dificuldades encontradas no cotidiano e reforçar comportamentos positivos poderia melhorar a adaptação psicológica do paciente em DP. Haja vista que os pacientes que permaneceram no estudo dois anos após a avaliação inicial de QVRS apresentaram melhora na dimensão Bem-estar emocional, bem como no SCM do SF-12, sugerindo uma melhor adaptação psicológica destes à DRC terminal e ao tratamento por DP.

Nesses grupos os pacientes em DP também seriam beneficiados pela convivência com pessoas na mesma condição que enfrentam dificuldades similares, haja vista que diferente dos pacientes em HD que passam em torno de quatro horas, três vezes na semana juntos, os pacientes em DP, em geral, se cruzam uma vez por mês enquanto aguardam a consulta, e pouco se beneficiam da troca de experiências.

Seria importante a participação da enfermeira e de outros profissionais da equipe multidisciplinar nos encontros, a fim de utilizar este momento para conhecer as preocupações e dificuldades dos pacientes, orientando-os sempre que possível sobre o comportamento mais adequado e efetivo frente à doença e ao tratamento.

Muitas das estratégias adotadas acabam por focar a mudança de hábitos de vida. Embora estas mudanças não sejam capazes de trazer a cura para estes pacientes, elas podem atenuar complicações advindas do mau manejo da DRC terminal e tratamento além de auxiliar na prevenção de outras comorbidades. Nos pacientes com doenças crônicas, a mudança de hábitos de vida é condição indispensável para manutenção da sua QVRS, acredita-se que o paciente pode vir a ter maior adesão ao tratamento como um todo, à medida que tem mais apoio da equipe e assim tem condições de compreender o processo de saúde-doença por ele vivenciado.

Sendo assim, diante da DRC terminal e da necessidade de TRS, diversos hábitos precisam ser modificados ou adequados, e a equipe multidisciplinar tem papel fundamental neste movimento, buscando sempre o atendimento individualizado ao paciente, auxiliando em seu tratamento de modo que o paciente seja o mais independente possível no cuidado de sua saúde, bem como seja capaz de conseguir resultados adequados que, certamente, impactarão de forma positiva em suas vidas, melhorando conseqüentemente sua QVRS e sua sobrevida.

6. CONCLUSÃO

A condição clínica dos pacientes em DP se modificou ao longo do tempo, assim como a QVRS desses pacientes. Este estudo possibilitou identificar e analisar a evolução clínica e da QVRS dos pacientes em DP em Ribeirão Preto-SP, dois anos após a primeira avaliação, e foram obtidas as seguintes conclusões:

- Dos 82 participantes da primeira etapa do estudo em 2010, na etapa de 2012 houve perda de seguimento de sete pacientes, 18 pacientes foram excluídos da segunda avaliação de QVRS, dos quais oito foram transferidos para HD, quatro foram transplantados, cinco pacientes permaneceram em DP, mas tiveram desempenho no Miniexame do Estado Mental insatisfatório e um paciente que também permaneceu em DP e estava hospitalizado com peritonite, no período da coleta de dados. Foi realizada a descrição clínica desses pacientes que participaram da primeira avaliação em 2010, considerada relevante, ainda que não tenha sido possível avaliar a QVRS em 2012.
- Não houve diferenças, com significância estatística, em relação às características sociodemográficas e clínicas entre os pacientes que saíram e os que permaneceram no estudo, exceto pela presença do diabetes que foi mais frequente nos pacientes que apresentaram o desfecho óbito.
- Dos 82 pacientes que tiveram a QVRS avaliada em 2010, 34 foram reavaliados em 2012.
- A maioria dos pacientes que permaneceu no estudo, após dois anos da primeira avaliação, era mulher, idoso, cor da pele branca, morava com o companheiro, aposentado, tinha hipertensão arterial, não tinha diabetes, fazia DPAC, estava em DP entre três e 24 meses, apresentava exames laboratoriais dentro dos parâmetros de normalidade de hemoglobina, CaxP e resultado alterado de PTH. Vale destacar que o nível de escolaridade que apareceu com maior frequência foi de 1 a 4 anos de estudo.
- O número de comorbidades e de complicações aumentou, após dois anos da avaliação inicial. No período de 2010 a 2012, o número médio de peritonites foi de 1,0 variando de zero a sete episódios e a média de internações foi de 1,6, variando de zero a quatro internações.
- Os pacientes que saíram do estudo apresentavam, em 2010, menores

escores médios de QVRS nas dimensões: Funcionamento físico, Função social, Energia/fadiga, Sobrecarga da doença renal e Sono.

- Após dois anos da primeira avaliação, os pacientes que permaneceram em DP, apresentaram piora dos escores médios de QVRS nas dimensões: Funcionamento físico e Dor e melhora no escore médio da dimensão Bem-estar emocional.
- A partir da análise das variáveis que influenciaram os escores médios da QVRS, dois anos após a primeira avaliação, foi possível verificar que as variáveis idade, comorbidades e complicações foram consideradas preditoras de QVRS da dimensão Funcionamento físico; a variável complicações também foi preditora da dimensão Dor, enquanto a variável peritonite foi preditora da dimensão Bem-estar emocional.
- As variáveis que se relacionaram com risco aumentado para o desfecho óbito no período de dois anos foram: ter diabetes, ter quatro comorbidades ou mais e ter escore de QVRS da dimensão Funcionamento físico com valor menor que 50. Adicionalmente, segundo as curvas de sobrevida, empregando-se o método de Kaplan-Meier, foi possível confirmar que os pacientes com escore médio na dimensão Funcionamento físico menor que 50, bem como os pacientes em DPAC sobreviveram menos. No modelo de regressão de Cox, o Funcionamento físico foi a única variável que se relacionou com o risco aumentado de óbito.
- A pior QVRS, especificamente na dimensão Funcionamento físico, pôde ser considerada preditora de óbito.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABRAHÃO, S. S. et al. Fatores de risco para peritonites e internações. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 100-106, 2010.

ABREU, M. M. et al. Health-related quality of life of patients receiving hemodialysis and peritoneal dialysis in São Paulo, Brazil: a longitudinal study. **Value Health**, Malden, v. 14, n. 5, p. S119-S121, 2011. Supplement 1.

ABUD, A.C.F. **Atenção em Diálise Peritoneal no Domicílio**. 2013. 158 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ALEGRÍA-FERNÁNDEZ DE RETANA, B. R.; BASABE-BARAÑANO, N; SARACHO-ROTAECHE, R. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicêntrico. **Nefrologia**, Madrid, v. 33, n. 3, p. 342-354, 2013.

ALVARES, J. et al. Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: comparison of treatment modalities. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 21, n. 6, p. 983-991, aug. 2012.

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.

ANDRADE, M. G. et al. Allocation of initial modality for renal replacement therapy in Brazil: assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. **Clin. J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 5, p. 637-644, 2010.

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.
BADVE, S.V. et al. Automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis have similar outcomes. **Kidney Int.**, New York, v. 73, p. 480-488, 2008.

BALASUBRAMANIAN, G.; MCKITTY, K.; FAN, S. L. Comparing automated peritoneal dialysis with continuous ambulatory peritoneal dialysis: survival and quality of life differences? **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 26, n. 5, p. 1702-1708, 2011.

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, n.1, p. 239-248, 2002.

BASTOS, K. A. et al. Family Income and Survival in Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter

Study Patients (BRAZPD): Time to Revisit a Myth? **Clin. J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 6, n. 7 p. 1676–1683, 2011.

BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. IN: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. In: UNIFESP. Escola Paulista de Medicina. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: nefrologia**. Barueri: Manole, 2006. cap.1, p. 1-10.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOHLKE, M. et al. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 126, n. 5, p. 252-256, 2008.

BOUDREAU, J. E.; DUBÉ, A. Quality of life in end stage renal disease: a concept analysis. **CANNT J.**, Pembroke, Ont., v. 24, n. 1, p. 12-20, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 37. Disponível em: <<http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>>. Acesso em: 07 jul.14.

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

BREGMAN, R. Anemia na doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 31, p.36-41, 2009. Suplemento 1.

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.

BURRA, P.; DE BONA, M. Quality of life following organ transplantation. **Transpl. Int.**, Heidelberg, v. 20, n. 5, p.397–409, 2007.

CAGNEY, K.A. et al. Formal literature review of quality-of-life instruments used in end-stage renal disease. **AM. J. Kidney Dis.**, New York, v. 36, p. 327-336, 2000.

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.

- CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Daily life and work: conceptions of chronic renal insufficiency patients and their relatives. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 823-831, 2003.
- CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev. Bras. Reumatol.**, Campinas, v. 43, p. 9-13, 2003.
- CHURCHILL, D. N. et al. Lower probability of patient survival with continuous peritoneal dialysis in the United States compared with Canada. Canada-USA (CANUSA) Peritoneal Dialysis Study Group. **J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 8, p. 965-971, 1997.
- CHUNG, S. H.; CARRERO, J. J.; LINDHOLM, B. Causes of poor appetite in patients in peritoneal dialysis. **J. Ren. Nutr.**, Philadelphia, v. 12, p. 213-223, 2011.
- DAVIS, M. P.; SRIVASTAVA, M. Demographics, assessment and management of pain in the elderly. **Drugs Aging**, Mairangi Bay, N. Z., v. 20, n. 1, p. 23-57, 2003.
- DAVISON, S. N.; JHANGRI, G. S. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. **J. Pain Symp. Manag.**, v. 39, n. 3, 2010.
- DESMOND, D. P. et al. Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation. **J. Subst. Abuse Treat.**, New York, v. 12, n. 2, p. 95-102, 1995.
- 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.; 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.
- 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.
- FAIRCLOUGH, D. L. **Design and analysis of quality of life studies in clinical trials**. 2nd ed. Boca Raton: Taylor and Francis, 2010.
- 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. S145-151, 2008. Supplement.

FERNANDES, N. et al. Sucessos e fracassos - uma análise dos dados do BRAZPD comparados às diretrizes espanholas. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 30, n. 1. p. 22-31, 2008a.

FERNANDES, N. M. S. et al. Geografia da diálise peritoneal no Brasil: análise de uma coorte de 5.819 pacientes (BRAZPD). **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 268-244, 2010.

FIGUEIREDO, A. E. P. Enfermagem e diálise peritoneal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, cap. 34, p. 546-556.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRANCO, M. R. G.; FERNANDES, N. M. S. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI - revisão narrativa. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.132-141, 2013.

FUGISAWA, M. et al. Assessment of health-related quality of life in transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. **Urology**, Ridgewood, N.J., v. 56, n. 2, p. 201-205, 2000.

GAYLE, F. Quality of Life in End Stage Renal Disease: A Multicentre Comparative Study. **West Indian Med J**, v.58, n.3, p.235-242, 2009.

GOES JUNIOR et al. Diálise no paciente com insuficiência renal crônica: hemodiálise e diálise peritoneal. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 27 p. 424-441.

GONÇALVES, A. R. R. As fases da Doença Renal e seu manejo clínico. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, cap. 52, p. 961-979.

GRINCENKOV, F. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, n. 33, v. 1, p. 38-44, 2011.

GRINCENKOV, F. R. S. et al. Longitudinal changes in health-related quality of life scores in brazilian incident peritoneal dialysis patients (BRAZPD): socio-economic status not a barrier. **Perit. Dial. Int.**, New York, v.33, n. 6, p. 687-696, 2013.

GRIVA, K., et al. Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end

stage renal disease. **Br. J. Health Psychol.**, Leicester, UK, v. 14, pt. 1, 17-34, 2009.

GUERRA-GUERRERO, V.; SANHUEZA-ALVARADO, O.; CÁCERES-ESPINA M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 838-846, 2012.

HAN et al. Long-term clinical outcomes of peritoneal dialysis patients: single center experience from Korea. **Perit. Dial. Int.**, New York, v. 28, s.3, p. 21-26, 2008.

HARRIS, S. A. C. et al. Clinical outcomes and quality of life in elderly patients on peritoneal dialysis versus hemodialysis. **Perit. Dial. Int.**, New York, v. 22, n. 4, p. 463-470, 2002.

HAYS, R. D. et al. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 3, n. 5, 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.

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

IBRAHIM, N. CHIEW-TONG, N., DESA, A. Symptoms and health related quality of life in patients with hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Res. J. Med. Sci.**, Faisalabad, v. 5, p. 252-256, 2011.

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.

JAYASINGHE, U. W. et al. Gender differences in health-related quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and physician characteristics do matter. **Health Qual Life Outcomes**, London, v. 11, p. 102, 2013.

JONGE, P. et al. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 18, n. 12, p. 2622-2628, 2003.

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, n. 6, p. 1191-1196, 2006.

JUST, P. M. et al. Reimbursement and economic factors influencing dialysis modality choice

around the world. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 23, p. 2365–2373, 2008.

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Executive Summary (Diretrizes de Prática Clínica para Doença Renal Crônica: Resumo Executivo). New York, p. 73-78., 2002.

KAFKIA, T. et al. Pain in chronic kidney disease: prevalence, cause and management. **J. Ren. Care**, Paris, v. 37, n. 2, p. 114-122, 2011.

KALANTAR-ZADEH K, et al. Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. **J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 12, n. 12, p. 2797-2806, 2001.

KALANTAR-ZADEH, K.; UNRUH, M. Health related quality of life in patients with chronic kidney disease. **Int. Urol. Nephrol.**, Budapeste, v. 37, n. 2, p. 367-378, 2005.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. CKD–MBD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD–MBD). **Kid Int Suppl.**, Malden, MA, v. 76, p. S1-130, 2009. Supplement 113.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manejo da doença renal crônica na prática clínica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 63-73, 2014.

KUSLIKAITE, N. The association between health-related quality of life and mortality among hemodialysis patients. **Medicina**, Kaunas, v. 46, n. 8, p. 531-537, 2010.

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. 546-550, 2009. Número especial.

KUTNER, N. et al. Patient awareness and initiation of peritoneal dialysis. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 171, n. 2, p. 119-124, 2011.

KUTNER, N. et al. Dialysis Facility Characteristics and Variation in Employment Rates: A

National Study. **Clin. J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 3, n.1, p.111-116, 2008.

KUTNER, N. G., ZHANG, R. BROGAN, D. Race, gender, and incident dialysis patients' reported health status and quality of life. **J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 16, p. 1440-1448, 2005.

LACSON, J. R. E. et al. A Comparison of SF-36 and SF-12 Composite Scores and Subsequent Hospitalization and Mortality Risks in Long-Term Dialysis Patients. **Clin. J. AM. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 5, n. 2, p. 252-260, 2010.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEBRÃO, M. L. et al. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa no município de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008.

LI, S.; FOLEY, R. N.; COLLINS, A. J. Anemia, hospitalization, and mortality in patients receiving peritoneal dialysis in the United States. **Kidney Int.**, New York, v. 65, p. 1864-1869, 2004.

LOPES, A. A. et al. Worldwide dialysis outcomes and practice patterns study committee: Health-related quality of life and associated outcomes among hemodialysis patients of different ethnicities in the United States: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 41, n. 3, p. 605-615, 2003.

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.

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

MANFREDI, S. R. et al. Técnicas dialíticas na doença renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. (Coord.). **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: nefrologia**. Barueri: Manole, 2011. cap. 31, p. 449-459.

MAPES, D. L. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). **Kidney Int.**, New York, v. 64, p.339-349, 2003.

MEDEIROS, R. H.; PINENT, C.E.C.; MEYER, F. Aptidão física de indivíduo com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.81-87, 2002.

MICHELIS, W. M. et al. Quality of life in automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Perit. Dial. Int.**, Downsview, v. 31, n. 2, p. 138-147, 2011.

MOE, SM; DRÜEKE, T. Improving global outcomes in mineral and bone disorders. **Clin. J. Am. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 3, p. S127-S130, 2008. Supplement 3.

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.

MOREIRAS-PLAZA, M. et al. Assessment of health-related quality of life: the cinderella of peritoneal dialysis? **Int. J. Nephrol.**, London, v. 2011, Article ID 528685, 8 p. doi:10.4061/2011/528685.

MURTAGH, F. E. M.; ADDINGTON-HALL, J.; HIGGINSON, I. J. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. **Adv. Chronic Kidney Dis.**, Philadelphia, PA, v. 14, n. 1, p. 82-99, 2007.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde colet.**, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

NASCIMENTO, L. C. A.; COUTINHO, E. B.; SILVA, K. N. G. Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. **Fisioter Mov.**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 231-239, jan./mar. 2012.

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, M. P. **Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos e idosos em Diálise Peritoneal**. 2010. 124p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

OLIVEIRA, M. P. et al. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 352-357, 2012.

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

OSTHUS, T. B. H. et al. Mortality and health-related quality of life in prevalent dialysis patients: Comparison between 12-items and 36-items short-form health survey. **Health Qual. Life Outcomes**, London, v. 10, n. 46, 2012. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/10/1/46>> . Acesso em: 21 out. 2014.

PANIAGUA, R. et al Health-related quality of life predicts outcomes but is not affected by peritoneal clearance: The ADEMEX trial. **Kidney Int.**, New York, v. 67, p. 1093–1104, 2005

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. et al. Overview of peritoneal dialysis in Latin America. **Perit. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 27, n. 3, p. 316-321, 2007.

PECOITS-FILHO, R ; MORAES, T. P. Diálise peritoneal In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, cap. 55, p.1032-1046.

PECOITS-FILHO, R ; RIELLA, M. C. Toxinas urêmicas. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, cap. 44, p. 827-835.

PURNELL, T. S. et al. Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation: a systematic review. **AM. J. Kidney Dis.**, New York., v. 62, n. 5, p. 953-973, 2013.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 12, n. 2, mai./ago. 2007.

REVUELTA et al. Perceived mental health at the start of dialysis as a predictor of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease (CALVIDIA Study). **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 19, n. 9, p. 2347-2353, 2004.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RIELLA, M. C.; LOCATELLI, A. J. History of peritoneal dialysis in Latin America. **Perit. Dial. Int.**, Downsvie, v. 27, n. 3, p. 322-327, 2007.

ROSTAMI, Z. et al. Health-related quality of life in hemodialysis patients: an Iranian multi-center study. **Nephrourol. Mon.**, Tehran, v. 5, n. 4, p. 901–12, 2013.

RUBIN, H. R. et al. Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis vs hemodialysis. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 6, p. 697-704, 2004.

- SADALA M. L. A. et al. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 68-75, jan./fev. 2012.
- SANTOS, P. R. Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p.185-190, 2005.
- SANTOS, P. R. Evaluation of objective and subjective indicators of death in a period of one year in a sample of prevalent patients under regular hemodialysis. **BMC Research Notes**, London, v. 5, p. 24, 2012.
- SANTOS, P. R.; KERR, L. F. R. S. Clinical and laboratory variables associated with quality of life in Brazilian haemodialysis patients: a single-centre study. **Rev. Méd. Chile.**, Santiago, v. 136, p.1264-1271, 2008.
- SANTOS, P. R.; PONTES, L. R. S. K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 329-34, 2007.
- SANTOS, P. R. et al. Quality of life assessment among haemodialysis patients in a single centre: a 2-year follow-up. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 18, p. 541-546, 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>. Acesso em: 22 jun. 2009.
- SAYIN, A.; MUTLUAY, R.; SINDEL, S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. **Transplant. Proc.**, New York, v. 39, n. 10, p. 3047-3053, 2007.
- 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.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, 2004.
- SESSO, R. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 34 , n. 3, p. 272-277, 2012.
- SESSO, R. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica, 2012. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36 , n. 1, p. 48-53, 2014.

SHARMA, A. P. et al. Does serum albumin at start of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) or its drop during CAPD determine patient outcome? **Adv. Perit. Dial.**, Toronto, v. 16, p. 119-122, 2000.

SHIAO, C. et al. Seven-year follow-up of peritoneal dialysis patients in Taiwan. **Perit. Dial. Int.**, Downsville, v. 29, n. 4, p.450-457, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

SONI, R. K.; WEISBORD, S. D.; UNRUH, L. M. Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease. **Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.**, v. 19, n. 12, p. 153-159, 2010.

SPIEGEL et al. Biomarkers and health-related quality of life in end-stage renal disease: a systematic review. **Clin. J. AM. Soc. Nephrol.**, Washington, DC, v. 3, p. 1759-1768, 2008.

SUASSUANA, N. M. S. F. **Diálise Peritoneal no Brasil: descrição de uma coorte e fatores de risco para a sobrevivência da técnica e do paciente**. 2009. 213f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

SZUSTER, D. A. C. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 415-424, 2012.

TANSEY, C. M. et al. Review of retention strategies in longitudinal studies and application to follow-up of ICU survivors. **Intensive Care Med.**, Berlin, v. 33, n. 12, p. 2051-2057, 2007.

TERMORSHUIZEN, F. et al. The relative importance of residual renal function compared with peritoneal clearance for patient survival and quality of life: an analysis of the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD)–2. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 41, p. 1293–302, 2003.

THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 381-404.

THONG, M. S.; KAPTEIN, A. A. Quality of life in patients on peritoneal dialysis. In: KHANNA, R.; KREDIET, R. T. (Ed.). **Nolph and Gokal's textbook of peritoneal dialysis**. 3rd. ed. New York: Springer, 2009. p. 21-50.

TONELLI, M.; RIELLA, M. Chronic kidney disease and the aging population. **Arab J. Nephrol. Transpl.**, Shiraz, v.7, n.1, p.7-11, 2014.

ULUTAS, O. et al. Functional disability in older adults maintained on peritoneal dialysis therapy. **Perit. Dial. Int.**, Downsville, 2014. In press.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS). Annual Data Report. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, **International comparisons**. Minneapolis, 2014. v. 2, chap.. Disponível em: <http://www.usrds.org/2013/pdf/V2_12_09.PDF>. Acesso em: 6 jul. 2014.

VACAROIU, I. A. et al. Functional status of chronic renal replacement therapy in elderly patients-comparison between hemodialysis and peritoneal dialysis. **Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi.**, Iasi, v.116, n. 2, p.375-382, apr./jun. 2012.

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

VONESH, E. F. et al. Mortality studies comparing peritoneal dialysis and hemodialysis: what do they tell us? **Kidney Int.**, New York, v. 70, p. S3-S11. 2006.

WHOQOL GROUP. Study protocol of the World Health Organization. Project to develop a quality of life instrument. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 2, p. 153-159, 1993.

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.**, Washington, DC, v. 15, p. 743-753, 2004.

YEATES K., et al. Hemodialysis and peritoneal dialysis are associated with similar outcomes for end-stage renal disease treatment in Canada. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Berlin, v. 27, p. 3568-3575, 2012.

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.

APÉNDICES

Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido

NOME DA PESQUISA: Diálise Peritoneal e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde: um estudo longitudinal

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 dando sequência à anterior que se chamou “Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal”, na qual você participou da coleta de dados no período de dezembro de 2009 a março de 2010. Agora faremos novamente uma entrevista com as pessoas que fizeram parte da pesquisa naquela época com o objetivo de analisar como está a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde atual, ou seja, queremos saber se tiveram mudanças ou não, além de verificar quais aspectos da saúde também tiveram mudanças e interferiram nesta Qualidade de Vida. Neste momento também faremos perguntas sobre a forma de lidar com as questões da doença e do tratamento.

Desta forma convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa respondendo às questões contidas nos questionários. A entrevista será realizada pelas pesquisadoras e levará cerca de 45 minutos do seu tempo. A primeira parte das questões verificará as condições mentais (memória, orientação, linguagem, uso das palavras, atenção) cujo resultado permitirá ou não prosseguir com o restante das questões sobre as condições de saúde, a qualidade de vida relacionada à saúde e o enfrentamento da doença e do tratamento.

A realização dessa pesquisa poderá contribuir com os profissionais de saúde no atendimento aos pacientes como o Senhor(a), em tratamento para a doença renal crônica

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 para o(a) senhor(a), nem mesmo prejuízo no seu seguimento nesta instituição de saúde.

Ao pensar na doença e no tratamento para responder as perguntas o senhor(a) poderá sentir tristeza ou algum desconforto emocional, mas estarei a postos para

atendê-lo caso necessite.

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 também não oferecerá gratificações.

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 no 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

Luciana Kusumota

(COREn nº 177207)

(COREn nº 0078373)

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Apêndice B - Caracterização

Dados relacionados à caracterização

Entrevistador: _____

Nome: _____

Início da entrevista: _____ Término: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

1) 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 divorc(a)
 4 -Viúvo(a)

2) Há quanto tempo está no estado atual?

- 1- Não se aplica 2-Não sabe

3) Escolaridade (anos de estudo)

- 1-Analfabeto 2- Sabe ler/escrever

4) Qual (is) dessa(s) renda(s) o(a) sr(a) tem?

- 0-não tem 1- tem

Aposentadoria

Pensão

Aluguel

Trabalho próprio

Doações (família, amigos, instituições)

Outras

5) Valor da sua renda mensal: _____

6) Principal atividade profissional exercida atualmente?

7) Há quanto tempo se aposentou?

- (em anos completos) 1- Não se aplica 2- Não sabe

8) Há quanto tempo se afastou do trabalho?

- (em anos completos) 1- Não se aplica 2- Não sabe

9) 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

10) Com quem o sr. (a) mora:

- 1-sozinho 2-esposo 3-família 4-acompanhante particular
 5- casa de outra pessoa 6- asilado

11) Religião/outras crenças:

- 1-Tem, qual? _____
 2- Não tem

Dados relacionados à caracterização

12) Atividades de lazer:

- 1- Sempre (\geq uma vez/semana).
- 2- As vezes (< vez/semana)
- 3- Não tem lazer

13) Alcoolismo:

- 1- Sempre e mais que uma dose (\geq uma vez/dia e mais que uma garrafa de cerveja ou dose de vinho ou destilados).
- 2- Sempre uma dose (\geq uma vez/dia, uma garrafa de cerveja ou uma dose).
- 3- Às vezes (< uma vez/semana)
- 4- Não bebe

14) Tabagismo:

- 1- Todos os dias
- 2- Toda semana
- 3- Raramente fuma
- 4- Nunca fuma

15) Atividade física:

- 1- Sempre pratica (\geq três vezes/semana).
- 2- As vezes (< três vezes /semana)
- 3- Não pratica

Dados relacionados à DRCT e DP

16) Você realizou tratamento da Doença Renal por Hemodiálise nos últimos dois anos?

(0) não (1) sim, por quanto tempo? _____

Por qual motivo deixou de fazê-lo? _____

17) Você realizou outro tipo de DP nos últimos dois anos?

(0) não (1) sim, qual? _____ por quanto tempo? _____

Por qual motivo deixou de fazê-lo? _____

18) Há quanto tempo realiza DPAC ou DPA? _____ anos e _____ meses

19) Prescrição da DPAC ou DPA:

20) Você tem ou teve alguma(s) dessas complicações associadas à Doença Renal?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|
| (a) câimbras | (h) infertilidade | (o) outra _____ |
| (b) hipotensão arterial | (i) anemia | |
| (c) hipertensão arterial | (j) cocéira | |
| (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 | |

21) Você possui outras doenças?

- | | |
|------------------------------|---|
| (a) insuficiência cardíaca | (j) neoplasia benigna |
| (b) infarto do miocárdio | (k) catarata |
| (c) doença cerebrovascular | (l) osteopatas |
| (d) pericardite | (m) hepatopatia () HbsAg+; () anti HCV+ |
| (e) varizes | (n) hipertensão arterial |
| (f) neoplasia maligna | (o) diabetes mellitus |
| (g) doença autoimune | (p) déficit auditivo |
| (h) déficit visual | (q) outras _____ |
| (i) anemia | |

22) Tem diurese residual?

(0) não (1) sim, quanto? _____ ml/24h

23) Faz uso de medicamentos?

(0) não (1) sim, quais?

24) Você recebe ajuda para realizar atividades do dia-a-dia?(banho, vestimenta, alimentação...)

(0) não (1) sim, de quem _____

25) Alguém ajuda ou faz a troca de suas bolsas?

(0) não (1) sim, quem? _____

26) Teve acompanhamento psicológico nos últimos dois anos?

(0) não (1) sim, por quanto tempo? _____

27) Realizou transplante renal nos últimos dois anos?

(0) não (1) sim Doador: () vivo () cadáver

28) Dados laboratoriais dos últimos três meses:

Albumina (____)(____)(____) _____ Creatinina (____)(____)(____) _____

Hemoglobina (____)(____)(____) _____ KTV (____)(____)(____) _____

Produto cálcio/fósforo (____)(____)(____) _____

29) Número de internações nos últimos dois anos _____

Causas? _____

30) Número de peritonites nos últimos dois anos _____

31) Data do óbito: _____ Causa: _____

Apêndice C

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 D

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

rresso@unifesp.br por usp.br
para Marília Pilotto <mariliapilotto@usp.br>

data 30 de setembro de 2011 13:20
assunto Re: Solicitação

Prezada Maria P. de Oliveira,

Autorizo a utilização da versão do Kidney Disease and Quality of Life-Short form (KDQOL-SF) que foi por nós traduzida e validada.

Atenciosamente

Ricardo Sesso
Prof. Associado
Depto de Medicina
Unifesp, EPM

Prezado Ricardo,

Meu nome é Marília Pilotto de Oliveira, sou enfermeira, doutoranda do programa de Enfermagem Fundamental do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Entrei em contato previamente em 2009 para pedir sua autorização para utilizar a versão traduzida do Kidney Disease and Quality of Life-Short form (KDQOL-SF) no meu projeto de mestrado que avaliou a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes em diálise peritoneal.

Estou no momento desenvolvendo uma tese de doutorado que tem como objetivo geral avaliar a QVRS dos mesmos pacientes após dois anos da medida inicial.

Para tanto peço a autorização para utilizar esta versão do KDQOL-SF (2003) novamente.

No aguardo, coloco-me a disposição para esclarecimentos

Atenciosamente,

Marília Pilotto de Oliveira

Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 457/2011

Ribeirão Preto, 11 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 11 de novembro de 2011.

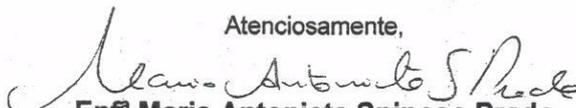
Protocolo: nº 1451/2011

Projeto: Diálise peritoneal e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo longitudinal.

Pesquisadores: Luciana Kusumota
Marília Pilotto de Oliveira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Luciana Kusumota
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo C - KDQOL-SF™

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

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 Atividades que requerem muito esforço, 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 Atividades moderadas, 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 vários lances de escada.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
e Subir um 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 mais do que um quilômetro.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
h Caminhar vários quarteirões.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
i Caminhar um 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 quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
b Fez menos coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
c Teve limitação/restricção(impedimento) no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
d Teve dificuldade 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 quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
b Fez menos coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
c Trabalhou ou fez outras atividades com menos atenção do que de costume...	<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 Cêfalo?.....	<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 (fistula 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 ¹
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	
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

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