

Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento

Choice of dialysis modality-clinical and psychosocial variables related to treatment

Autores

Ester Pereira¹

Janaína Chemin¹

Claudia L. Menegatti²

Miguel Carlos Riella¹

¹ Fundação Pró-Renal Brasil.

² Universidade Federal do Paraná.

Data de submissão: 23/07/2015.

Data de aprovação: 21/09/2015.

Correspondência para:

Miguel C. Riella.

Fundação Pró-Renal Brasil.

Rua Vicente Machado, nº 2190,

Curitiba, Paraná, Brasil.

CEP: 80440-020

E-mail: mcriella@gmail.com

DOI: 10.5935/0101-2800.20160031

RESUMO

Introdução: Entre as modalidades dialíticas, é nítida a prevalência da hemodiálise (HD). **Objetivos:** Verificar quem escolhe modalidade dialítica, e quais variáveis refletem a percepção dos pacientes e equipe de saúde sobre o tratamento. **Métodos:** O estudo foi realizado em três clínicas de HD e uma de diálise peritoneal (DP). Participaram 220 pacientes, 69,5% em HD e 30,5% em DP. Incluídos pacientes voluntários em tratamento de 90 dias a 2 anos. Dos 54 profissionais de saúde, 18,5% eram médicos, 20,4% enfermeiros e 61,1% técnicos de enfermagem. Foram aplicados dois questionários: um aos profissionais e outro aos pacientes. **Resultados:** A maioria dos pacientes teve sua modalidade dialítica escolhida pelos médicos: 76,3%. A maioria recusa uma mudança de tratamento tanto na HD (83%) quanto na DP (92,5%). Os pacientes em DP associaram a sua modalidade a maior segurança no tratamento ($p = 0,041$), bem-estar ($p = 0,002$), manutenção de uma vida normal ($p = 0,002$), liberdade ($p < 0,001$), ânimo ($p = 0,021$). HD percebe a DP como proporcionando maior liberdade ($p = 0,003$), autonomia ($p < 0,001$) e ânimo ($p = 0,019$). Na avaliação da equipe médica e de enfermagem das variáveis clínicas e psicossociais, os profissionais indicaram em maior frequência os fatores referentes à qualidade de vida ($p = 0,007$), bem-estar psicossocial ($p = 0,007$) e bem-estar clínico ($p = 0,004$) quando associaram a terapia com a DP. **Conclusões:** A escolha da modalidade dialítica foi decisão exclusivamente dos médicos em 76,3% dos casos. A DP foi considerada pelos profissionais como melhor terapia dialítica no que diz respeito à qualidade de vida, bem-estar clínico e psicossocial.

Palavras-chave: diálise peritoneal ambulatorial contínua; diálise renal; enfermagem; falência renal crônica; médicos.

ABSTRACT

Introduction: Among the dialysis modalities, there is a prevalence of hemodialysis (HD). **Objectives:** To verify who chooses the dialysis modality and which variables reflect the perception of patients and health care team about treatment. **Methods:** The study was conducted at three clinics of HD and peritoneal dialysis (PD). Two hundred and twenty patients participated in the study, of whom 69.5% were on HD and 30.5% on PD. Included voluntary patients on treatment from 90 days to 2 years, with. Of the 54 health workers, 18.5% were doctors, 20.4% nurses and 61.1% nurse technicians: Two questionnaires were applied: one for professionals and one for patients. **Results:** Most patients had their modality of dialysis chosen by doctors: 76.3%. Most patients rejected a change of treatment in both HD (83%) and PD (92.5%). There was a significant association by PD patients of their modality with greater safety ($p = 0.041$), well-being ($p = 0.002$), near normal life ($p = 0.002$), freedom ($p < 0.001$) and high-spirits ($p = 0.021$). HD patients perceive PD as allowing more freedom ($p = 0.003$), autonomy ($p = 0.001$) and high spirits ($p = 0.019$). In assessing the medical and nursing staff for clinical and psychosocial variables, professionals indicated a greater frequency for variables related to quality of life ($p = 0.007$), psychosocial well-being ($p = 0.007$) and clinical well-being ($p = 0.004$) when associated with PD therapy. **Conclusions:** The choice of dialysis modality was a decision solely of doctors in 76.3% of cases. PD was considered by the health care team as the best modality therapy with regard to quality of life, clinical and psychosocial well-being

Keywords: kidney failure, chronic; nursing; peritoneal dialysis, continuous ambulatory; physicians; renal dialysis.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem sido reconhecida, nos últimos anos, como de alta prevalência em todo o mundo, variando de 10 a 13% na comunidade adulta.¹ A prevalência de pacientes em hemodiálise (HD) é muito superior à diálise peritoneal (DP), tanto no Brasil quanto em diversos países.²⁻⁷ No censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2014, estimava-se que no Brasil haveria 112.000 pacientes em diálise, sendo 91,4% em HD e 8,6% em DP. Por outro lado, a utilização da DP em outros países, como México e Hong Kong, é superior a 80%. Nesses países, esta modalidade tem melhor relação custo-benefício, sendo a HD indicada apenas aos pacientes que possuem contraindicação para DP.²

Esta alta prevalência da HD tem sido objeto de inúmeros estudos e publicações no intuito de se entender as variáveis que influenciam a escolha da modalidade dialítica. Para os nefrologistas britânicos, os fatores médicos foram os indicadores mais importantes na seleção da modalidade, com grande tendência a favor da HD, sendo a DP mais favorecida em pacientes com doença cardíaca, *diabetes mellitus* e questões relativas a necessidades sociais.⁷

Na ausência de contraindicações, a escolha do tratamento pode se basear na preferência do paciente, na modalidade que melhor se adequar às suas atividades diárias e estilo de vida.^{8,9} Alguns autores relataram que o encaminhamento precoce ao nefrologista permite um tempo oportuno para iniciação da diálise, redução de custos e menor taxa de mortalidade. Também educa o paciente sobre as modalidades, permitindo melhor capacitá-lo na decisão pela terapia renal substitutiva.^{6,9-13}

Estudos sugerem que existem vários outros fatores que determinam a seleção da modalidade dialítica, tais como: variáveis psicológicas (percepção do tratamento, personalidade, presença de psicopatologias), variáveis comportamentais de adesão (hábitos, medicação, sessões de tratamento) e variáveis sociais (suporte social e familiar, atividade ocupacional, condição socioeconômica) que podem influenciar significativamente nos resultados clínicos e cuidados pré-diálise, bem como contribuir para o processo de decisão pela modalidade.^{4,9,12,14,15}

Jager *et al.*¹⁴ mencionam que a maioria dos estudos que têm sido publicados enfoca a opinião e atitudes de nefrologistas frente à escolha pela modalidade dialítica, mas pouco há sobre variáveis que

influenciem a escolha do paciente e sua resistência por uma mudança de modalidade. Quando informados previamente, metade dos pacientes escolhem a diálise peritoneal.^{16,17}

No Brasil, é ainda mais escassa a literatura que aborda o tema. Torna-se importante destacar a contribuição deste estudo, que é de identificar a quem coube a escolha do método dialítico e quais variáveis clínicas e psicossociais refletem a percepção dos pacientes e equipe de saúde sobre o tratamento e possível mudança de tratamento.

MÉTODOS

Esta pesquisa descritiva exploratória foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Evangélica do Paraná (Nº 9686/09) e realizada em três clínicas de hemodiálise e uma de diálise peritoneal atendidas pela Fundação Pró-Renal Brasil em Curitiba, PR, e dela participaram 220 pacientes portadores de DRC, dos quais 153 (69,5%) faziam o tratamento por hemodiálise e 67 (30,5%) por diálise peritoneal. A maioria (90%) dos pacientes tinha cobertura pelo Sistema Único de Saúde. Dos 54 profissionais de saúde envolvidos, 10 (18,5%) eram médicos, 11 (20,4%) enfermeiros e 33 (61,1%) técnicos de enfermagem.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para a seleção dos pacientes, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: participação voluntária, em tratamento entre os períodos de 90 dias a 2 anos, facilitando o processo recordatório. Critérios de exclusão: presença de problemas neurológicos (ex. demência) e cognitivos (ex. retardo mental), quadros de psicose e os oriundos de transplante renal. Os médicos e equipe de enfermagem são os profissionais que atendem nas clínicas de diálise atendidas pela Pró-Renal Brasil, com participação voluntária no estudo.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Foram utilizados como instrumento de pesquisa dois questionários. Um foi aplicado a médicos e equipe de enfermagem e o outro aplicado aos pacientes. Ambos os questionários compreenderam questões de múltipla escolha. A aplicação foi realizada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário aos profissionais foi autoadministrado; aos pacientes, foi aplicado e interpretado pelo setor de Psicologia da Fundação Pró-Renal Brasil. A aplicação teve duração de dois meses, com início em dezembro de 2009 e término em fevereiro de 2010.

A elaboração do questionário para pacientes foi baseada na revisão da literatura que exploraram os seguintes fatores: percepção e sentimentos dos pacientes relacionados ao tratamento, flexibilidade, satisfação e conhecimento sobre as modalidades e decisão pela terapia renal.^{3,9,12-14} Também foram coletados dados sobre doenças de base por meio de consulta aos prontuários dos pacientes.

Os pacientes em hemodiálise foram entrevistados durante o tratamento dialítico, enquanto os que realizavam diálise peritoneal foram entrevistados antes ou após a consulta médica mensal na Fundação Pró-Renal Brasil. A elaboração do questionário a médicos e equipe de enfermagem foi baseada no instrumento aplicado aos nefrologistas do Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, o “*Dialysis Modality Survey*”.⁴

Foi feita uma adaptação à realidade brasileira no que tange ao tratamento dialítico. Cada fator do questionário avaliado pelos profissionais constou de duas escalas, cada qual com um tipo de classificação. Uma escala variou de 1 a 5 referente ao grau de importância (1 = sem importância, 2 = pouco importante, 3 = indiferente, 4 = importante e 5 = muito importante). A outra, referente à associação de resultados relacionados às modalidades, variou de 1 a 5 (1 = nada associado, 2 = pouco associado, 3 = indiferente, 4 = associado e 5 = totalmente associado).

Para facilitar a compreensão dos dados, foram somadas as respostas consideradas pelos profissionais como “muito importantes”. Os percentuais das respostas fornecidas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem foram muito próximos, o que justifica o agrupamento desses participantes formando um único grupo, chamado equipe de enfermagem.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados do questionário aos pacientes foram expressos por média e desvio padrão (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas), apresentados em tabelas. Para a comparação entre os grupos HD e DP em relação a variáveis qualitativas, aplicou-se o teste de Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Comparações entre estes grupos quanto a variáveis quantitativas foram feitas considerando-se o teste *t* de Student para amostras independentes.

Para as comparações entre profissionais com relação às variáveis qualitativas, foi utilizado o teste

exato de Fisher. Para a comparação da avaliação dos resultados clínicos e psicossociais entre HD e DP, foi utilizado o teste Binomial. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS v.13.0. (*Statistical Product and Service Solutions* - Chicago/USA), sendo considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PACIENTES

Os dados de idade, gênero, tempo de tratamento, doença de base, escolaridade, estado civil e renda familiar são apresentados para todos os pacientes e, também, separadamente, para os dois grupos definidos pelo tipo de tratamento dialítico (Tabela 1). A média de idade dos participantes foi de $55,2 \pm 15,0$ anos, sendo 53,6% do gênero masculino. A maioria dos pacientes tinha nível de escolaridade máximo de ensino fundamental (70%) e renda familiar de até 3 salários mínimos (72%). O tempo médio de tratamento dialítico foi igual a $14,1 \pm 7,1$ meses e a doença de base mais frequentemente observada foi o *diabetes mellitus* (29,5%).

Ao comparar as modalidades dialíticas em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos referentes apenas à distribuição nas classificações de estado civil e doença de base. No grupo de DP foram encontrados significativamente mais pacientes casados do que no grupo HD (82,1% e 68,0%, respectivamente, $p = 0,034$), e mais pacientes com hipertensão arterial como doença de base da DRC (28,4% x 15,7%, respectivamente, $p = 0,041$.)

DECISÃO QUANTO AO PRIMEIRO TRATAMENTO REALIZADO E CONHECIMENTO DOS PACIENTES SOBRE AS MODALIDADES

Entre os pacientes em HD, 96,1% iniciaram nesta modalidade (Tabela 2). Já entre os pacientes da DP, 49,3% iniciaram neste tratamento e a outra metade em HD, ou seja, oriundos da hemodiálise. A análise dos dados quanto ao primeiro tratamento realizado indica existência de diferença significativa entre os grupos de HD e DP, ($p < 0,001$). Quanto à escolha pelo primeiro tratamento, 76,3% dos pacientes iniciaram o programa dialítico sob decisão exclusivamente médica e em 17,8% dos casos a decisão foi conjunta entre pacientes e equipe médica.

TABELA 1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS *

Variável	Classificação	Geral (n = 220)	HD (n = 153)	DP (n = 67)	Valor de p** (HD vs. DP)
Idade (anos)		55,2 ± 15,0	54,1 ± 14,9	57,7 ± 15,1	0,105
Gênero masculino		118 (53,6)	85 (55,6)	33 (49,3)	0,463
Tempo de tratamento (meses)		14,1 ± 7,1	14,0 ± 7,2	14,3 ± 6,8	0,820
Doença de base	Diabetes	65 (29,5)	43 (28,1)	22 (32,8)	0,522
	Hipertensão	43 (19,5)	24 (15,7)	19 (28,4)	0,041
	Glomerulonefrite	38 (17,3)	28 (18,3)	10 (14,9)	0,699
	Renal policística	11 (5,0)	9 (5,9)	2 (3,0)	0,510
	Outras	63 (28,6)	49 (32,0)	14 (20,9)	0,106
Escolaridade	Sem escolaridade	22 (10,0)	17 (11,1)	5 (7,5)	
	Ensino fundamental	131 (59,5)	91 (59,5)	40 (59,7)	
	Ensino médio	53 (24,1)	35 (22,9)	18 (26,9)	
Estado civil	Superior	14 (6,4)	10 (6,5)	4 (6,0)	0,813
	Casado	159 (72,2)	104 (68,0)	55 (82,1)	0,034
	0 a 1	29 (13,2)	22 (14,4)	7 (10,4)	
Renda familiar (salários mínimos)	1 a 3	129 (58,6)	88 (57,5)	41 (61,2)	
	> 3	62 (28,2)	43 (28,1)	19 (28,4)	0,721

* Resultados expressos por frequência (percentual) ou média ± desvio padrão. ** Teste t de Student (variáveis quantitativas); teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher (variáveis qualitativas).

TABELA 2 DECISÃO PELO PRIMEIRO TRATAMENTO E CONHECIMENTO SOBRE AS MODALIDADES DIALÍTICAS

Pergunta	Geral (n = 220)	HD (n = 153)	DP (n = 67)	Valor de p** (HD vs. DP)
Primeiro tratamento realizado				
- Hemodiálise	181 (82,3)	147 (96,1)	33 (49,3)	
- Diálise peritoneal	39 (17,7)	6 (3,9)	34 (50,7)	< 0,001
Decisão sobre o tratamento				
- Só médica	167 (76,3)	123 (80,4)	45 (67,1)	
- Médica/familiar/paciente	39 (17,8)	22 (14,4)	17 (25,4)	
- Só familiar ou só paciente*	13 (5,9)	8 (5,2)	5 (7,5)	0,086
Sabe o que é hemodiálise				
- Sim	197 (89,5)	141 (92,1)	56 (83,6)	
- Não	23 (10,5)	12 (7,8)	11 (16,4)	0,091
Sabe o que é diálise peritoneal				
- Sim	154 (70)	89 (58,2)	65 (97,0)	
- Não	66 (30)	64 (41,8)	2 (3,0)	< 0,001

Resultados expressos por frequência (percentual)* Apenas um paciente teve a decisão familiar** teste de Qui-quadrado e o teste exato de Fisher (variáveis qualitativas).

Com relação ao conhecimento dos pacientes sobre a sua própria modalidade dialítica, 92,1% dos em HD referem saber do que se trata a hemodiálise e 97% dos em DP relatam saber o que é diálise peritoneal. Referente ao conhecimento dos pacientes sobre a modalidade que não fazem, a maioria dos pacientes em DP sabe do que se trata a hemodiálise (83,6%) e

pouco mais da metade (58,2%) dos pacientes em HD responderam saber sobre diálise peritoneal.

GRAU DE SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE AS MODALIDADES DIALÍTICAS

A maioria dos pacientes encontra-se satisfeita com o tratamento que realiza (89,5%) (Tabela 3). A

avaliação dos sentimentos negativos relacionados ao tratamento, conforme os dados da amostra geral, mostra os seguintes resultados: 17,7% referem insegurança, 18,6% sentem medo, 21,8% indicam estar ansiosos, 13,2% alegam estar revoltados e 29,1% apontam desconforto.

Quando comparados aos pacientes em HD, os pacientes em DP significativamente associaram a sua modalidade a maior segurança no tratamento ($p = 0,041$), bem-estar ($p = 0,002$), manutenção de uma vida normal ($p = 0,002$), liberdade ($p < 0,001$) e ânimo ($p = 0,021$). Ao associarem esses fatores

TABELA 3 GRAU DE SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE AS MODALIDADES DIALÍTICAS

Pergunta	Geral (n = 220)	HD (n = 153) ^w	DP (n = 67)	Valor de p^{**}
Grau de satisfação com o tratamento atual				
- Satisfeito	197 (89,5)	134 (87,6)	63 (94,0)	
- Indiferente/Insatisfeito	23 (10,5)	19 (12,4)	4 (6,0)	0,230
Mudaria de modalidade dialítica				
- Sim	31 (14,1)	26 (17,0)	5 (7,5)	
- Não	189 (85,9)	127 (83,0)	62 (92,5)	0,090
Sentimentos negativos ¹ em relação ao tratamento*				
- Inseguro	39 (17,7)	29 (19,0)	10 (14,9)	0,567
- Medo	41 (18,6)	30 (19,6)	11 (16,4)	0,707
- Ansioso	48 (21,8)	34 (22,2)	14 (20,9)	0,861
- Revoltado	29 (13,2)	25 (16,3)	4 (6,0)	0,050
- Desconfortável	64 (29,1)	44 (28,8)	20 (29,9)	0,873
Percepção do paciente sobre fatores positivos associados ao próprio tratamento [†]				
		Próprio Tratamento (HD)	Próprio Tratamento (DP)	
- Segurança no tratamento	196(90,7)	132 (88,0)	64 (97,0)	0,041
- Bem-estar	188 (86,6)	124 (82,1)	64 (97,0)	0,002
- Manutenção de uma vida normal	145 (66,5)	91 (59,9)	54 (81,8)	0,002
- Liberdade para viajar, trabalhar, etc.	92 (42,4)	47 (30,7)	45 (70,3)	< 0,001
Autonomia				
- Convívio familiar	208 (95,0)	142 (92,8)	66 (98,5)	0,111
- Disposição	159 (72,6)	109 (71,2)	50 (75,8)	0,515
- Ânimo	158 (72,1)	103 (67,3)	55 (83,3)	0,021
Percepção do paciente sobre fatores positivos associados ao outro tratamento [†]				
		Outro Tratamento (como HD percebe DP)	Outro Tratamento (como DP percebe HD)	
- Segurança no tratamento	40 (44,9)	17 (37,0)	23 (53,5)	0,139
- Bem-estar	22 (27,8)	13 (37,1)	9 (20,4)	0,131
- Manutenção de uma vida normal	23 (22,8)	14 (34,1)	9 (22,5)	0,326
- Liberdade para viajar, trabalhar, etc.	24 (27,9)	19 (42,2)	5 (12,2)	0,003
- Autonomia	34 (40,4)	25 (58,1)	9 (21,9)	< 0,001
- Convívio familiar	63 (26,7)	30 (65,2)	33 (82,5)	0,090
- Disposição	24 (32,4)	15 (42,9)	9 (23,1)	0,085
- Ânimo	22 (31,4)	15 (46,9)	7 (18,4)	0,019

Resultados expressos por frequência (percentual) *Percentuais calculados em relação ao total de pacientes (n = 220). Cada item foi considerado separadamente. ** Teste exato de Fisher (variáveis qualitativas). † Foram excluídos os pacientes que desconhecem o fator avaliado.

à outra modalidade, o grupo da HD percebe a DP como proporcionando maior liberdade ($p = 0,003$), autonomia ($p < 0,001$) e ânimo ($p = 0,019$) (Tabela 3).

AValiação de fatores referentes à mudança e recusa de tratamento dialítico pelos pacientes

Dentre os 153 pacientes em hemodiálise, 127 (83,0%) afirmaram que se recusariam a mudar para diálise peritoneal. O risco de infecção, medo e insegurança na DP, falta de alguém para auxiliar e condições de moradia foram as razões mais frequentemente apontadas. Apenas 6,5% já haviam realizado DP, e a maior parte mudou de modalidade por razões clínicas (Tabela 4).

TABELA 4 AVALIAÇÃO DE FATORES REFERENTES À MUDANÇA DE TRATAMENTO POR PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Pergunta	HD (n = 153)
Já realizou diálise peritoneal	10 (6,5)
Motivos de ter parado com a diálise peritoneal*	
- Peritonite	2 (20,0)
- Peritônio de baixo transportador	4 (40,0)
- Outros	4 (40,0)
Não tem interesse em mudar de modalidade (DP)	127 (83,0)
Motivos que levam à recusa em mudar para DP**	
- Risco de infecção	37 (24,2)
- Medo e insegurança no tratamento	36 (23,5)
- Mora sozinho(a), falta alguém para auxiliar	23 (15,0)
- Condições de moradia	20 (13,1)
- Ausência de equipe próxima	16 (10,4)
- Opinião de outros pacientes	7 (4,6)
- Na HD tenho companhia	4 (2,6)
- Outros	32 (20,1)

Resultados expressos por frequência (percentual) * Percentuais calculados em relação ao total de pacientes que já realizaram diálise peritoneal (n = 10) ** Percentuais calculados em relação ao total de pacientes em HD (um mesmo paciente pode ter assinalado mais de um item).

Dos 67 pacientes em diálise peritoneal, 62 (92,5%) se recusariam a mudar para hemodiálise. O mal-estar durante o tratamento, problemas cardíacos e a perda da liberdade foram as razões mais frequentes para o desinteresse. Dos pacientes em DP, 53,7% já realizaram HD e os fatores clínicos tais como

hipotensão intradialítica e eficiência inadequada foram os principais motivos pela mudança de modalidade (Tabela 5).

TABELA 5 AVALIAÇÃO DE FATORES REFERENTES À MUDANÇA DE TRATAMENTO POR PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL

Pergunta	PD (n = 67)
Já realizou hemodiálise	36 (53,7)
Motivos de ter parado com a hemodiálise*	
- Não quis mais fazer	8 (22,2)
- Sem acesso vascular	7 (19,4)
- Outros	21 (58,3)
Não tem interesse em mudar de modalidade (HD)	62 (92,5)
Motivo pelo não interesse em conhecer e fazer hemodiálise**	
- Mal-estar durante o tratamento	12 (17,9)
- Insegurança e medo de morrer na máquina	10 (14,9)
- Problemas cardíacos	8 (11,9)
- Perda da liberdade	6 (8,9)
- Problemas de acesso vascular	4 (6,0)
- Opinião de outros pacientes	4 (6,0)
- Outros	23 (34,4)

AValiação de variáveis clínicas e psicossociais pela equipe médica e de enfermagem

Os participantes da pesquisa foram 10 médicos, 11 enfermeiros e 33 técnicos de enfermagem, sendo a maioria do gênero feminino (66%). Com relação à prática clínica, 81,5%, atuam em HD, 13% possuem prática em HD e DP e somente 5,5% exclusivamente em DP. Não houve diferenças estatísticas ao comparar as respostas entre a equipe de enfermagem e médica, quando avaliados os custos do tratamento, os fatores clínicos e psicossociais na indicação pela modalidade e em situação de mudança de tratamento.

AValiação de variáveis clínicas

Independentemente da modalidade a ser indicada, tanto a equipe de enfermagem como a médica consideraram como muito importantes as variáveis referentes à sobrevivência, condições clínicas, mortalidade, morbidade e encaminhamento precoce, não havendo diferenças estatísticas significativas na comparação entre os profissionais.

AVALIAÇÃO DE VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS

Na avaliação das variáveis psicossociais entre a equipe de enfermagem e médica não houve diferenças estatísticas. Consideraram como muito importantes as variáveis referentes ao autocuidado, apoio familiar e segurança do paciente pelo tratamento, independentemente da modalidade a ser indicada.

AVALIAÇÃO COMPARATIVA DE VARIÁVEIS ASSOCIADAS AOS TRATAMENTOS COM HD E DP

As equipes médica e de enfermagem indicaram em maior frequência as variáveis referentes à qualidade de vida ($p = 0,007$), bem-estar psicossocial ($p = 0,007$) e bem-estar clínico ($p = 0,004$) quando associadas à terapia com a DP do que a terapia com HD.

DECISÃO DE MUDANÇA DE MODALIDADE PELA EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS NA DECISÃO DE MUDANÇA DE MODALIDADE

Como variáveis mais importantes na indicação de mudança da HD para DP, médicos e a equipe de enfermagem consideraram com maior frequência a ausência de acesso vascular (94,4%) e a presença de doença coronariana (92,6%). Ao indicarem mudança da DP para HD, as equipes de enfermagem e médica apontaram em maiores percentuais os fatores relacionados a peritonite (98,1%) e problemas mecânicos do cateter (90,7%). Na decisão de mudança de modalidade, tanto da HD para DP como o inverso, não houve diferença estatística entre os grupos.

AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA DECISÃO DE MUDANÇA DE MODALIDADE

Médicos e equipe de enfermagem apontaram a qualidade de vida e o autocuidado (98,1%) como as variáveis mais importantes na indicação para uma mudança de HD para DP. Para uma de mudança de DP para HD, as duas categorias de profissionais consideraram como variáveis muito importantes a decisão familiar e a preferência do paciente (90,7%). Para essas avaliações, não houve diferença estatística entre equipe médica e de enfermagem.

DISCUSSÃO

As questões de escolha e tomada de decisão diante dos métodos de tratamento da DRC é uma resolução complexa a ser tomada pela equipe de saúde e pacientes. Cada um dos envolvidos tem conhecimentos e papéis

diferentes nesse processo, ou seja, os comportamentos na decisão terão consequências que serão sentidas de forma diversa pelos pacientes e a equipe que os atende. Portanto, esse estudo buscou verificar quem faz a escolha da modalidade dialítica ocorre entre nefrologistas, equipe de enfermagem e pacientes, e quais variáveis refletem a percepção dos pacientes e equipe de saúde sobre o tratamento.

O estudo mostrou que 82,3% dos pacientes iniciaram a TRS em HD e que a grande maioria iniciou o tratamento sob decisão exclusivamente médica (76,3%). Estes dados corroboram outras pesquisas que indicam que a maioria dos pacientes inicia a TRS pela HD e teve a escolha sob decisão exclusivamente médica.^{3,4,9,10,13,14} Embora não explorado neste trabalho, entre as possíveis causas para esta iniciação ao tratamento dialítico em HD está o encaminhamento tardio para o nefrologista, levando na maioria das vezes a um início emergencial da TRS.¹⁸ Outras variáveis como problemas sociais, a preferência de indicação por uma das TRS e a falta de educação na pré-diálise poderão contribuir para a seleção a favor da HD.

Na presente amostra nota-se uma prevalência de DP (30,5%) superior à encontrada no Brasil (8,6%) e em outros países (< 10%) e isto reflete a estratégia da equipe de saúde do nosso grupo em apresentar ao paciente as duas modalidades dialíticas, levando em consideração a opinião da equipe multiprofissional e que reflete a prevalência da DP em toda nossa população em diálise.

Na nossa amostra verificamos diferença significativa entre os grupos da HD e DP referente ao estado civil, pois há um maior número de pacientes casados no grupo da DP (82,1%), refletindo um fator fundamental, que é o apoio para os que moram sozinhos, assim como a importância da relação com o cônjuge para os que realizam DP. Observou-se também que pacientes não casados ou que moram sozinhos são mais propensos a escolherem a HD (15%) como opção dialítica. O mesmo achado foi observado em outros estudos que exploraram o tema, os quais analisaram que a característica de viver sozinho expressa incapacidade ou desânimo em realizar o tratamento sem apoio de outra pessoa.^{3,12,14}

Diversos estudos mencionam a falta de suporte social como fator que poderá contribuir para o abandono do tratamento e que exerce um importante impacto negativo sobre a tendência dos

nefrologistas em recomendarem DP. Além disso, a DP é um método de TRS realizado em domicílio e que, portanto, depende da capacidade dos pacientes em se autocuidar.^{9,10,14,15}

Ao serem questionados sobre as modalidades, os resultados mostraram que o conhecimento dos pacientes é maior na HD (89,5%) e que 30% responderam não saber do que se trata DP. Isto reflete o direcionamento do médico para a HD, sem que a DP tenha sido adequadamente apresentada e discutida com o paciente. Mehrotra *et al.*¹⁹ indicaram que dos 1365 pacientes que iniciaram diálise, 66% não conheciam DP. Silva e Silva³ identificaram, a partir de uma amostra de 21 pacientes, que 12 desconheciam essa modalidade. Lee *et al.*⁹ apontaram que, dos 24 pacientes entrevistados, 16 dos que realizavam HD nada sabiam sobre DP.

Quanto ao conhecimento dos pacientes acerca do tratamento que não realizavam, podemos observar que o grupo da DP possui maior conhecimento (83,6%) da outra modalidade comparados aos que realizavam HD (58,2%). Isso pode ser devido ao fato de que 49,3% dos pacientes em DP já realizaram HD, o que contribui para um maior conhecimento da outra modalidade. Nesse sentido, estudos referem que para as práticas de autocuidado de uma terapia realizada em casa, como a DP, deve-se direcionar maior informação e preparo, pois demandam mais tempo para aprender e desenvolver a capacidade de se cuidar.^{9,14,20}

Sobre a percepção dos pacientes de fatores associados a sua própria modalidade dialítica como: segurança no tratamento, bem-estar, manutenção de uma vida normal, liberdade, autonomia, convívio familiar, disposição e ânimo, verificou-se que esses foram mais importantes para o grupo em DP do que para o grupo em HD - segurança no tratamento (97% *vs.* 88%), bem-estar (97% *vs.* 82,1%), vida mais próxima do normal (81,8% *vs.* 59,9%), liberdade (70,3% *vs.* 30,7%) e ânimo (83,3% *vs.* 67,3%), respectivamente. Por outro lado, na comparação entre os grupos na avaliação da modalidade que não realizam, o grupo da HD percebe a DP como proporcionando maior liberdade (42,2% *vs.* 12,2%), autonomia (58,1% *vs.* 21,9%) e ânimo (46,9% *vs.* 18,4%).

Alguns pacientes em HD poderão se sentir incapazes de realizar a DP e optar pela continuidade na modalidade que realizam. Analisando esses

dados, podemos fazer uma referência ao senso de autoeficácia desses pacientes, que embora percebessem positivamente a DP, não possuíam interesse por uma mudança de modalidade. A autoeficácia é conceituada como a percepção que o indivíduo tem sobre sua capacidade de produzir determinados níveis de desempenho, os quais exercem influência sobre fatos que afetam suas vidas. Dessa forma, sua crença pode afetar suas escolhas.²¹

Quando o paciente acredita que pode atuar para resolver ou dar conta de uma situação, haverá maior propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão. A escolha feita pelo paciente expressa a necessidade de uma modalidade que promova maior flexibilidade, melhor vida social, o desejo de uma vida mais próxima do normal, optando pelo tratamento que percebem conseguir reorganizar suas vidas.^{3,7,14}

Quanto às variáveis que determinaram a recusa por uma mudança de modalidade dialítica, os resultados indicaram que 89,5% dos pacientes encontravam-se satisfeitos com seu tratamento e uma mudança de modalidade foi recusada por 85,9% dos participantes. Equivalente a esses dados, alguns autores apontam que a maior parte dos pacientes está satisfeita com o tratamento que realizava e poucos têm planos de mudar.^{3,9,12,14}

Os dados desse estudo indicaram que 23,5% dos pacientes da HD e 14,9% da DP não têm interesse pela outra modalidade por medo e insegurança pelo método alternativo. A ansiedade e insegurança vivenciada pelos pacientes ao imaginar praticar outra modalidade dialítica deve-se a eventuais transtornos técnicos ou acidentais que venham causar infecção e medo, quanto à possibilidade de rejeição de cateter, entre outros desconfortos físicos.³ O desinteresse pela mudança de modalidade dialítica pode também ser devido à influência de outros pacientes. Exemplo disso é a possibilidade de que a comunicação entre pacientes na unidade de HD, alguns dos quais tiveram problemas com a DP, pode influenciar os pacientes que iniciam HD.^{9,12}

É discutível, porém, se essas escolhas refletem uma identificação ponderada da modalidade mais adequada para cada paciente ou se elas são mais um reflexo de salvação de vida. O senso de segurança obtido pela familiaridade com o tratamento parece ser intransponível para o paciente escolher o tratamento e mudar de modalidade e rotina diária.⁹

Com relação às variáveis que influenciam a escolha da modalidade pelos profissionais, foi verificado que as variáveis clínicas referentes à sobrevivência, condições clínicas do paciente, mortalidade, morbidade e encaminhamento precoce ao nefrologista foram consideradas como muito importantes. Entre as variáveis psicossociais, foram identificadas o apoio familiar, segurança do paciente pelo tratamento e comportamento de autocuidado, independente da modalidade a ser indicada. Resultados semelhantes são encontrados em outros estudos.^{4, 6-8,13,15}

Na comparação entre as modalidades dialíticas, as equipes médica e de enfermagem concordaram quando avaliaram as variáveis clínicas e psicossociais com melhores resultados a favor da terapia com DP. Os dados mostraram que houve maior percentual de respostas associadas às variáveis referentes a qualidade de vida, bem-estar psicossocial e clínico quando avaliaram a DP. Isso pode revelar uma preferência dos profissionais por esta modalidade.

Em concordância com estes dados, resultados similares foram encontrados em outras pesquisas que investigaram a escolha dos nefrologistas pelas TRS cujos resultados indicaram uma preferência pela DP, principalmente ao considerarem necessidades sociais tais como flexibilidade no estilo e maior qualidade de vida.^{7,20,22-24}

A pesquisa realizada por Ledebro e Ronco,²⁵ com uma amostra de 6.595 profissionais que atuam em Nefrologia, questionou médicos e enfermeiros sobre qual é a melhor terapia para seus pacientes. Desses participantes, 57% eram médicos e 28% enfermeiros que, embora afirmassem que não há evidências de resultados que comprovassem que uma modalidade é superior à outra, 49% deles consideraram a DP como melhor terapia inicial por melhor preservar a função residual durante mais tempo, ter dieta mais liberada, promover melhor bem-estar psicossocial, maior estabilidade cardíaca e hemodinâmica.

Além disso, alegaram que a sobrevivência em DP é maior do que a HD nos 2-3 primeiros anos de diálise, bem como mantém maior autonomia desde o início, evitando maior dependência e depressão, tantas vezes caracterizada em pacientes em HD. Há outras pesquisas que concordaram com esta análise.^{20,23,24} No entanto, recentemente demonstrou-se que quando se elimina da análise os pacientes em HD com acesso por cateter, desaparece esta melhor sobrevida inicial da DP.²⁶

Alguns autores citaram que a DP é um tratamento de início protelado, pois a HD constitui o tratamento de primeira escolha, ficando esta opção terapêutica decorrente do desgaste físico, principalmente pela exaustão de acesso vascular.^{3,10}

Quanto às variáveis que influenciaram a indicação de mudança de TRS, as razões frequentemente apontadas na conversão de HD para DP foram a presença de doença coronariana, hipotensão intradialítica, ineficiência dialítica e a ausência de acesso vascular. A peritonite e os problemas mecânicos no cateter foram notificados como os mais indicados na mudança da DP para HD. Quanto aos fatores psicossociais, a qualidade de vida e o autocuidado foram os indicados na mudança da HD para DP e a preferência do paciente e a decisão familiar foram os fatores mais considerados para a conversão da DP para HD. Esses resultados corroboraram outras pesquisas que investigaram o assunto.^{3,4,7,10}

Rocha *et al.*¹⁰ examinaram que, uma vez iniciada a TRS com HD, pode haver certa inércia por parte não só de pacientes como também dos médicos em realizar a mudança de método dialítico. Rocha *et al.*¹⁰ e Romão Junior¹¹ chamam atenção para a preocupante sequência de eventos que vão desde a atenção primária inadequada dos pacientes em risco para DRC até à exaustão completa de opções de diálise. Sugere-se que uma mudança nesse cenário exigirá um conjunto de medidas que privilegiem a detecção precoce de pacientes em risco ou em fases iniciais de DRC. Só assim os pacientes poderão ser referidos ao nefrologista em uma fase em que ainda seja possível retardar a progressão da DRC e planejar o início da TRS, bem como capacitar o paciente pela escolha de seu tratamento.

Além disso, é relevante pontuar a necessidade do enfoque à educação sobre as modalidades que contribuirão na capacitação do paciente para a decisão pela modalidade dialítica.^{3,9,12,14,19,20}

Em conclusão, a identificação dos fatores que influenciam a escolha da modalidade dialítica permite inferir que este cenário de preponderância da HD sobre a DP apenas mudaria quando estes fatores fossem abordados pró-ativamente: identificação precoce de pacientes com DRC evitando-se o encaminhamento tardio, educação do paciente sobre as modalidades dialíticas mesmo após o início em uma das modalidades, minimizando, desta forma, a recusa na mudança de terapia e, finalmente, a

existência de uma equipe médica com experiência nas duas modalidades dialíticas.

REFERÊNCIAS

- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 1246p.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo SBN (2014). [acesso 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>
- Silva HG, Silva MJ. Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Rev Eletrônica Enferm* 2003;5:10-4.
- Mendelssohn DC, Mullaney SR, Jung B, Blake PG, Mehta RL. What do American nephrologists think about dialysis modality selection? *Am J Kidney Dis* 2001;37:22-9.
- Blake PG. Free Modality Choice: Aspiration or Illusion? Introduction. *Perit Dial Int* 2009;29:133-4. PMID: 19472547
- Jung B, Blake PG, Mehta RL, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian nephrologists toward dialysis modality selection. *Perit Dial Int* 1999;19:263-8.
- Jassal SV, Krishna G, Mallick NP, Mendelssohn DC. Attitudes of British Isles nephrologists towards dialysis modality selection: a questionnaire study. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:474-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/17.3.474>
- Barreti P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a Terapia Renal Substitutiva (TRS), na Doença Renal Crônica (DRC). *J Bras Nefrol* 2004;26:47-9.
- Lee A, Gudex C, Povlsen JV, Bonnevie B, Nielsen CP. Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:3953-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfn365>
- Rocha PN, Sallenave M, Casqueiro V, Campelo Neto B, Presídio S. Motivo de escolha de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? *J Bras Nefrol* 2010;32:23-8.
- 'Romão Junior JE. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *J Bras Nefrol* 2004;26:1-3.
- Little J, Irwin A, Marshall T, Rayner H, Smith S. Predicting a patient's choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom renal department. *Am J Kidney Dis* 2001;37:981-6. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386\(05\)80014-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-6386(05)80014-9)
- Diaz-Buxo JA. Early referral and selection of peritoneal dialysis as a treatment modality. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15:147-9. DOI:<http://dx.doi.org/10.1093/ndt/15.2.147>
- Jager KJ, Korevaar JC, Dekker FW, Krediet RT, Boeschoten EW; Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD) Study Group. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. *Am J Kidney Dis* 2004;43:891-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2003.12.051>
- Stack AG. Determinants of modality selection among incident US dialysis patients: results from a national study. *J Am Soc Nephrol* 2002;13:1279-87.
- Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? *Nephrol Dial Transplant* 2001;16:20-4.
- Prichard SS. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Perit Dial Int* 1996;16:69-72.
- Smart NA, Titus TT. Outcomes of early versus late nephrology referral in chronic kidney disease: a systematic review. *Am J Med* 2011;124:1073-80.e2. PMID: 22017785 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.04.026>
- Mehrotra R, Marsh D, Vonesh E, Peters V, Nissenson A. Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond in-center hemodialysis. *Kidney Int* 2005;68:378-90. PMID: 15954930 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-1755.2005.00453.x>
- Schatell D, Alt PS. Dialysis options education: is 'modality neutrality' fair to patients? *Nephrol News Issues* 2008;22:26-7.
- Barros M, Batista-dos-Santos AC. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Rev Esp Acad* 2010;112:1-9.
- Kutner NG, Zhang R, Barnhart H, Collins AJ. Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:2159-67. PMID: 16046520 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfh973>
- Heaf JG, Løkkegaard H, Madsen M. Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:112-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndt/17.1.112>
- Jo YI, Shin SK, Lee JH, Song JO, Park JH. Immediate initiation of CAPD following percutaneous catheter placement without break-in procedure. *Perit Dial Int* 2007;27:179-83.
- Ledebo I, Ronco C. The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals. *NDT Plus* 2008;1:403-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ndtplus/sfn148>
- Perl J, Wald R, McFarlane P, Bargman JM, Vonesh E, Na Y, et al. Hemodialysis vascular access modifies the association between dialysis modality and survival. *J Am Soc Nephrol* 2011;22:1113-21. DOI:<http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2010111155>