



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

**ESCOLA DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MESTRADO

**FATORES QUE INFLUENCIAM A DECISÃO DE MÉDICOS,
EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES RENAIIS PELA
ESCOLHA DA MODALIDADE DIALÍTICA**

Mestranda: Ester Pereira
Orientador: Prof. Dr. Miguel Carlos Riella

CURITIBA

2012

ESTER PEREIRA

**FATORES QUE INFLUENCIAM A DECISÃO DE MÉDICOS,
EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES RENAIIS PELA
ESCOLHA DA MODALIDADE DIALÍTICA**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Carlos Riella

CURITIBA

2012

Dedico esse trabalho as pessoas mais importantes, ao meu marido, aos meus pais e ao meu irmão pelo reconhecimento de todos os investimentos e esforços despendidos na dedicação a este estudo. E sobre tudo a Deus que permitiu a realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela saúde, persistência e sabedoria para conclusão dessa dissertação.

Ao meu orientador Prof^o Dr. Miguel Carlos Riella pela oportunidade de ingresso no mestrado e ter aceitado ser meu orientador nesse crescimento científico.

À Pró-Renal Brasil pelo apoio financeiro e ter cedido à estrutura e aprovação para coleta de dados para realização desse trabalho.

À indispensável co-orientação da Professora e Psicóloga Claudia Lúcia Menegatti pela prontidão em me apoiar, pelos conhecimentos transmitidos e revisão crítica, sendo de grande contribuição na qualidade desse estudo.

À colega de trabalho e amiga Psicóloga Janaína Chemin, minha gratidão por sua confiança e fundamental participação nessa pesquisa.

Para Psicóloga Carla Caroline Santos pela colaboração em dedicar com eficiência na aplicação dos questionários aos participantes.

À Professora Márcia Olandoski pela imprescindível ajuda na análise estatística.

À Alcione Ap^a. Slugovieski e Cecília Hallu Palma por estarem sempre dispostas aos pedidos solicitados.

À minha família pelo carinho, por terem aceitado a minha decisão e compartilhado durante todo este processo.

Ao meu marido Ricardo Assis de Oliveira pela paciência e compreensão dos meus momentos de ausência, principalmente por seu amor e ter sempre acreditado no sucesso desse trabalho.

Enfim, a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com seus conhecimentos e/ou apoio para o alcance dessa conquista.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 8 |
| 2. Objetivos..... | 12 |
| 3. Fatores que influenciam a decisão de médicos, equipe de enfermagem e pacientes renais pela escolha da modalidade dialítica..... | 13 |
| Agradecimentos..... | 33 |
| Referencias..... | 34 |
| Tabelas..... | 37 |
| 4. Conclusão | 43 |
| 5. Considerações finais..... | 44 |
| Referências..... | 46 |
| Anexos..... | 48 |

RESUMO

Introdução: Entre as modalidades dialíticas, é nítida a prevalência da hemodiálise (HD) como primeira opção de tratamento dialítico em relação à diálise peritoneal (DP). No entanto, nem sempre as razões desta opção estão bem determinadas.

Objetivos: Verificar como a escolha da modalidade dialítica ocorre entre nefrologistas, equipe de enfermagem e pacientes, e quais fatores influenciam esta decisão.

Pacientes e Métodos: O estudo foi realizado em três clínicas de HD e uma de DP atendidas pela Pró-Renal Brasil. Participaram 220 pacientes, dos quais 69,5% faziam o tratamento em HD e 30,5% em DP. Foram incluídos pacientes que realizavam tratamento no período de 90 dias a 2 anos com participação voluntária. 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 para os pacientes.

Resultados: A média de idade dos participantes foi de 55,2 anos, sendo 53,6% do gênero masculino. Dos profissionais, 66% eram do gênero feminino e, com relação à prática clínica, 81,5% atuavam em HD. A maioria dos pacientes teve sua modalidade dialítica escolhida pelos médicos: 76,3%. Cerca de 30% dos pacientes desconheciam a DP. Dos pacientes em diálise a maioria se recusa por uma mudança de tratamento tanto na HD (83%) quanto na DP (92,5%). 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 à outra modalidade, o grupo da HD percebe a DP como proporcionando maior liberdade ($p=0,003$), autonomia ($p<0,001$) e ânimo ($p=0,019$). Na avaliação da equipe médica e de enfermagem dos fatores clínicos e psicossociais associados às modalidades, 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. Uma vez iniciada a TRS, a maioria dos pacientes tende a recusar a mudança de modalidade. Finalmente, a DP foi considerada pelos profissionais como melhor terapia dialítica no que diz respeito a qualidade de vida, bem-estar clínico e psicossocial. Conhecimento destes fatores pode auxiliar em medidas intervencionistas que possam mudar esta alta prevalência da HD.

Palavras chaves: modalidades dialíticas, hemodiálise, diálise peritoneal, doença renal crônica, médico, enfermagem.

SUMMARY

Introduction: It is evident the prevalence of hemodialysis (HD) as first option over peritoneal dialysis (PD) among dialysis modalities. However, the reasons behind this distortion, are not always clear.

Objectives: Verify how a dialysis modality is chosen among nephrologists, nurses and patients e what factors influence this decision.

Patients and Methods: The study was conducted at three clinics in HD and PD supervision of Pro-Renal Foundation Brazil. 220 patients participated in this study 69.5% were undergoing HD and 30.5% PD. Only stable patients after 90 days of dialysis up to 2 years were included. Of the 54 members of the health care team, 18.5% were nephrologists, 20.4% were nurses and 61.1% were dialysis technicians. Specific questionnaires were applied to patients and to the health care team.

Results: Mean age of the group was 55.2 years and 53.6% were males. On the health care team, 81.5% worked on HD and 66% were females. Choice of the dialysis modality was made by the nephrologist in 76.3% of the patients. A third of the patients did not know about PD. Refuse to switch therapies was high in both groups: 83% and 92.5% for HD and PD, respectively. Patients on PD associated their therapy to a more secure treatment ($p = 0.041$), well being ($p = 0.002$), normal life ($p = 0.002$), freedom ($p < 0.001$) and well being ($p = 0.019$). Patients on HD perceived PD also as a therapy associated with more freedom ($p = 0.003$), autonomy ($p < 0.001$) and well being ($p = 0.021$). The same association was made by the health care team.

Conclusion: Choice of dialysis modality was made largely by the nephrologist (73.6%) and once established on a given dialytic modality, most (around 80%) would refuse to switch therapies. Health care team recognized PD as a better therapy with respect to quality of life, clinical and psychosocial well being. Knowledge of these factors may allow intervention to diminish the high prevalence of HD.

Key-words: dialysis modalities, hemodialysis, peritoneal dialysis, chronic renal disease, nephrologists, nurses

01 – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as doenças crônicas têm recebido grande atenção por parte dos profissionais de saúde e, entre elas, está a Doença Renal Crônica (DRC). A DRC é definida por lesão nos rins por um período igual ou maior a três (3) meses, por anormalidades funcionais ou estruturais do rim, com ou sem diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), manifestada por anormalidades patológicas ou marcadores de lesão renal, incluindo as anomalias na composição do sangue ou urina ou anormalidades em testes de imagem, com uma TFG menor de 60 ml/min/1.73 m² período maior que três (3) meses, com ou sem lesão renal¹.

A DRC é uma doença de alta morbi-mortalidade, com incidência e prevalência crescentes em proporções epidêmicas, é atualmente um problema médico e de saúde pública². No mundo, cerca de 15 milhões de pessoas encontram-se sob tratamento dialítico. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em 2008, estimou mais de 87 mil os pacientes com DRC em tratamento dialítico, sendo que cerca de 90% desses estão em programa de HD³.

Nos pacientes com doença renal crônica o estágio da doença deve ser determinado com base no nível de função renal, independentemente do diagnóstico. Para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, a DRC é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios estão apresentados na tabela a seguir²:

| Estadiamento e classificação da doença renal crônica | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Estágio | Filtração Glomerular (ml/min) | Grau de Insuficiência Renal |
| 0 | > 90 | Grupos de Risco para DRC Ausência de Lesão Renal |
| 1 | > 90 | Lesão Renal com Função Renal Normal |
| 2 | 60 – 89 | IR Leve ou Funciona |
| 3 | 30 – 59 | IR Moderada ou Laboratorial |
| 4 | 15-29 | IR Severa ou Clínica |
| 5 | < 15 | IR Terminal ou Dialítica |

Para o tratamento da DRC em fase terminal (TFG < 15 ml/min/1.73 m²), existem métodos de terapia substitutiva da função renal, como a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP), que permitem a substituição parcial da função renal¹.

A HD é um tratamento de circulação sanguínea extracorpórea, feita entre membranas derivadas de celulose que atuam como membranas semipermeáveis. Essas membranas são separadas de uma solução eletrolítica que possui concentração semelhante ao plasma de um indivíduo com função renal normal. O processo de hemodiálise comumente dura de 3h a 4h, com frequência de 3 vezes por semana. O tratamento com DP é realizado na cavidade peritoneal com a introdução por gravidade de uma solução (de 1 a 3 litros) contendo dextrose, através de um cateter intraperitoneal. Em ambos os métodos, a depuração de toxinas e remoção do excesso de volume ocorre por difusão e ultrafiltração, respectivamente⁴.

Quando comparada a HD, a prevalência de pacientes em HD é muito superior à DP, tanto no Brasil quanto em diversos países como Estados Unidos, Canadá, Japão, Alemanha e Espanha^{3,5,6,7,8,9}.

Em contrapartida, a utilização da DP no México e em Hong Kong é superior a 80%. Nesses países esta modalidade tem melhor relação custo-eficácia, sendo a HD indicada apenas aos pacientes que possuem contra indicação para DP⁶.

Segundo Barreti¹⁰, o início da Terapia Renal Substitutiva (TRS) deve ser estabelecido pelo nefrologista com base na taxa de filtração glomerular e no quadro clínico do paciente. Quanto à utilização da DP, o autor afirma que deve ser o método de escolha em pacientes que não toleram a HD, e naqueles com impossibilidade de obtenção de adequado acesso vascular.

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 sociais¹¹. Barreti e Lee et al.^{10,12} mencionam que, na ausência de contra-indicações, 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.

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 de substituição^{2, 5,10, 12, 13, 14}.

Estudos sugerem que existem vários outros fatores que determinam a seleção da modalidade dialítica. Fatores psicossociais, 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) podem influenciar significativamente nos resultados clínicos e cuidados pré-diálise, bem como contribuir para o processo de decisão pela modalidade^{5,12,13,15,16}.

Jager et al.¹⁵ 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 fatores que influenciem a escolha do paciente e sua resistência por uma mudança de modalidade.

No Brasil, é ainda mais escassa a literatura que aborda o tema. Torna-se importante destacar a contribuição deste estudo, que foi o primeiro trabalho brasileiro a identificar os fatores que determinam a escolha de pacientes, médicos e profissionais da enfermagem pela modalidade dialítica. As questões de escolha e tomada de decisão diante dos métodos de tratamento da DRC: hemodiálise e diálise peritoneal é uma decisão 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.

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo buscou verificar quais foram os determinantes na decisão de médicos, equipe de enfermagem e pacientes renais pela escolha da modalidade de tratamento dialítico, a influência dos aspectos psicossociais nesta tomada de decisão e fatores que determinam a recusa do paciente prevalente em HD e DP pela mudança de modalidade.

Naturalmente, a identificação destes fatores permitirá uma abordagem melhor no momento da seleção da modalidade dialítica, reduzindo-se a prevalência da hemodiálise a ordem de 90% aproximadamente sobre a diálise peritoneal. A diálise peritoneal é uma modalidade dialítica eficiente e mais barata, que pode ser adaptada as necessidades clinicas e sociais do paciente, alem de permitir um alto grau de reabilitação social e liberdade de locomoção. Quando informados previamente, metade dos pacientes escolhem a diálise peritoneal^{17,18}.

02 – OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Verificar quem decide entre pacientes, médicos e equipe de enfermagem pela escolha da modalidade dialítica e fatores que influenciam esta decisão.

2.2 Objetivos específicos:

1. Verificar o grau de conhecimento dos pacientes sobre a modalidade dialítica que realizam e a que não realizam;
2. Identificar a influência de fatores psicossociais na escolha pela modalidade dialítica por pacientes, médicos e equipe de enfermagem;
3. Avaliar fatores que determinam a recusa do paciente prevalente em HD e DP pela mudança de modalidade;
4. Identificar quais fatores determinam a escolha de médicos e equipe de enfermagem pela mudança de modalidade dialítica;
5. Verificar o grau de satisfação e percepção de pacientes e dos profissionais sobre as modalidades dialíticas.

FATORES QUE INFLUENCIAM A DECISÃO DE MÉDICOS, EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES RENAIIS PELA ESCOLHA DA MODALIDADE DIALÍTICA.

Ester Pereira¹, Janaína Chemin¹, Claudia Lúcia Menegatti², Miguel Carlos Riella^{1,3}

**¹Fundação Pró-Renal Brasil; ²Universidade Federal do Paraná ;
³Pontifícia Universidade Católica do Paraná.**

Correspondência:
Ester Pereira
Rua Vicente Machado, 2190
Curitiba-Paraná
Contatos: 3151-5414 e ester_psico@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: Entre as modalidades dialíticas, é nítida a prevalência da hemodiálise (HD) em relação à diálise peritoneal (DP). No entanto, nem sempre as razões desta opção estão bem determinadas.

Objetivos: Verificar como a escolha da modalidade dialítica ocorre entre nefrologistas, equipe de enfermagem e pacientes, e quais fatores influenciam nesta decisão.

Pacientes e Métodos: O estudo foi realizado em três clínicas de HD e uma de DP atendidas pela Pró-Renal Brasil. Participaram 220 pacientes, dos quais 69,5% faziam o tratamento em HD e 30,5% em DP. Foram incluídos pacientes que realizavam tratamento no período de 90 dias a 2 anos com participação voluntária. 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 para os pacientes.

Resultados: A maioria dos pacientes teve sua modalidade escolhida pelos médicos: 76,3%. A maior parte dos pacientes recusa uma mudança de tratamento tanto na HD (83%) quanto na DP (92,5%). 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 ($p<0,001$), ânimo ($p=0,021$). Ao associarem esses fatores à outra modalidade, o grupo da HD percebe a DP como proporcionando maior liberdade ($p=0,003$), autonomia ($p<0,001$) e ânimo ($p=0,019$). Na avaliação da equipe médica e de enfermagem dos fatores clínicos e psicossociais associados às modalidades, 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. Uma vez iniciada a TRS, a maioria dos pacientes tende a recusar a mudança de modalidade. A DP foi considerada pelos profissionais como melhor terapia dialítica no que diz respeito à qualidade de vida, bem-estar clínico e psicossocial. O conhecimento destes fatores pode auxiliar em medidas intervencionistas que possam mudar esta maior prevalência de pacientes em HD.

Palavras chaves: modalidades dialíticas, doença renal crônica, médico, enfermagem.

Summary

Introduction: It is well known the high prevalence of hemodialysis (HD) over peritoneal dialysis (PD) among dialytic modalities. However, it is not always clear the reasons for this discrepancy.

Objectives: Verify how a dialysis modality is chosen among nephrologists, nurses and patients and what factors influence this decision.

Patients and methods: 220 patients participated in this study. 69.5% were undergoing HD and 30.5% PD. All those that volunteered to participate had to be on dialysis for at least 90 days and a maximum of 2 years. In the health care team, 18.5% were nephrologists, 20.4% nurses and 61.1% dialysis nurse technicians. Two questionnaires were applied: one to the health care team and the other to the patients. For statistical analysis the software SPSS v. 13.0 (Statistical Product and Service Solutions - Chicago/USA) was utilized.

Results: 76.3% of the patients had their dialysis modality chosen by nephrologists. Once a dialysis modality is initiated, most would refuse a change of therapy: HD (83%) and PD (92.5%). When compared to patients on HD, there was a significant association by PD patients of their modality with greater safety with this treatment ($p=0.041$), well-being ($p=0.002$), near normal life ($p=0.002$), freedom ($p<0.001$) and high spirits ($p=0.021$). On the other hand, HD patients perceive PD as allowing more freedom ($p=0.003$), autonomy ($p=0.001$) and high spirits ($p=0.019$). Among members of the health care team, the following factors were more often associated with PD: quality of life ($p=0.007$), psychosocial well-being ($p=0.007$) and clinical well-being ($p=0.007$).

Conclusions: Choice of the dialysis modality was a decision of the nephrologists in 76.3% of the cases. Once a dialysis modality is initiated, patients tend to refuse change in therapy. The health care team indicated PD to be a better therapy with respect to quality of life, clinical and psychosocial well-being. Knowledge of these factors that influence dialysis modality selection might help in the future for a change in this high HD prevalence.

Key-words: dialysis modalities, hemodialysis, peritoneal dialysis, chronic renal disease, nephrologists, nurses

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) tem sido reconhecida nos últimos anos como de alta prevalência, variando esta de 10-13% na comunidade adulta¹. Para o tratamento da DRC em fase 5 (TFG < 15 ml/min/1.73 m²), existem métodos de terapia substitutiva da função renal, como a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) ou noturna automatizada, que permitem a manutenção parcial da função renal¹.

Quando comparada a HD, a prevalência de pacientes em HD é muito superior à DP, tanto no Brasil quanto em diversos países como Estados Unidos, Canadá, Japão, Alemanha e Espanha^{2,3,4,5,6,7,8}. Em contrapartida, a utilização da DP no México e em Hong Kong é superior a 80%. Nesses países esta modalidade tem melhor relação custo-eficácia, sendo a HD indicada apenas aos pacientes que possuem contra indicação para DP⁵.

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 sociais⁸. Na ausência de contra-indicações, 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^{7,9}.

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 de substituição^{6,9,10,11,12,13}.

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 fatores que influenciem a escolha do paciente e sua resistência por uma mudança de modalidade.

No Brasil, é ainda mais escassa a literatura que aborda o tema. Torna-se importante destacar a contribuição deste estudo, que é o primeiro trabalho brasileiro a identificar os fatores que determinam a escolha de pacientes, médicos e profissionais da enfermagem pela modalidade dialítica. Dentro dessa perspectiva, o presente estudo buscou verificar quais foram os determinantes na decisão de médicos, equipe de enfermagem e pacientes renais pela escolha da modalidade de tratamento dialítico, a influência dos aspectos psicossociais nesta tomada de decisão e os fatores que determinam a recusa do paciente em HD e DP pela mudança de modalidade.

Naturalmente, a identificação destes fatores permitirá uma abordagem melhor no momento da seleção da modalidade dialítica, reduzindo-se a prevalência da hemodiálise da presente ordem de aproximadamente 90% sobre a diálise peritoneal. A diálise peritoneal é uma modalidade dialítica

eficiente e mais barata, que pode ser adaptada às necessidades clínicas e sociais do paciente, além de permitir um alto grau de reabilitação social e liberdade de locomoção. Quando informados previamente, metade dos pacientes escolhem a diálise peritoneal^{16,17}.

Métodos

Esta pesquisa descritiva exploratória foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR) (anexo I), realizada em três clínicas de hemodiálise e uma de diálise peritoneal atendidas pela Pró-Renal Brasil em Curitiba e dela participaram 220 pacientes portadores de Doença Renal Crônica, dos quais 153 (69,5%) faziam o tratamento por hemodiálise e 67 (30,5%) em diálise peritoneal. 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 (anexo II) e o outro aplicado aos

pacientes (anexo III). Ambos os questionários compreenderam questões de múltipla escolha. A aplicação foi realizada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexos IV e V). O questionário aos profissionais foi auto-administrado; aos pacientes, foi aplicado pelo setor de Psicologia da Pró-Renal Brasil. A aplicação teve duração de dois meses, com início em Dezembro de 2009 com 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 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).

Nenhum questionário que explora a opinião de pacientes, médicos e equipe de enfermagem sobre as modalidades dialíticas foi validado no Brasil, até o presente estudo.

Análise estatística:

Os resultados do questionário aos pacientes foram expressos por média e desvio padrão (variáveis quantitativas) ou por freqüências 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 SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PACIENTES

Os resultados 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 ± 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 ± 7,1 meses e a doença de base mais freqüentemente observada foi o diabetes mellitus (29,5%).

Ao comparar as modalidades dialíticas em relação às variáveis sócio-demográficas e clínicas, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,05$), referente 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 em 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. 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. Com relação ao conhecimento dos pacientes sobre a sua própria modalidade, 92,1% da HD referem saber do que se trata a hemodiálise e 97% 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 (Tabela 2).

GRAU DE SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE AS MODALIDADES DIALÍTICAS

A maioria dos pacientes encontra-se satisfeita com o tratamento que realizam (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 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 A 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).

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 foram os principais motivos pela mudança de modalidade (Tabela 5).

AVALIAÇÃO DE FATORES CLÍNICOS 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.

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 próximas, o que justifica o agrupamento desses participantes formando um único grupo, chamado equipe de enfermagem.

Deve-se destacar que não houve diferenças estatísticas ao comparar as respostas entre a equipe de enfermagem e médica. Esse dado indica semelhança entre a opinião desses profissionais quando avaliaram os custos do tratamento, os fatores clínicos e psicossociais na indicação pela modalidade e em situação de mudança de tratamento.

Avaliação de fatores clínicos

Independente da modalidade a ser indicada, tanto a equipe de enfermagem como a médica consideraram como muito importantes os fatores referentes a

sobrevivência, condições clínicas, mortalidade, morbidade e encaminhamento precoce, não havendo diferenças estatísticas significativas na comparação entre os profissionais.

Avaliação de fatores psicossociais

Na avaliação dos fatores psicossociais entre a equipe de enfermagem e médica não houve diferenças estatísticas. Consideraram como muito importantes os fatores referentes ao auto-cuidado, apoio familiar e segurança do paciente pelo tratamento, independente da modalidade a ser indicada.

AVALIAÇÃO COMPARATIVA DE FATORES ASSOCIADOS AOS TRATAMENTOS COM HD E DP

As equipes médica e de enfermagem indicaram em maior frequência os fatores referentes a qualidade de vida ($p=0,007$), bem-estar psicossocial ($p=0,007$) e bem-estar clínico ($p=0,004$) quando associados a terapia com a DP do que a terapia com HD (Tabela 6).

DECISÃO DE MUDANÇA DE MODALIDADE PELA EQUIPE MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Avaliação dos fatores clínicos na decisão de mudança de modalidade

Como fatores 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 dos fatores psicossociais na decisão de mudança de modalidade

Médicos e equipe de enfermagem apontaram a qualidade de vida e o autocuidado (98,1%) como os fatores mais importantes na indicação para uma mudança de HD para DP. Para uma mudança de DP para HD, as duas categorias de profissionais consideraram como fatores 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 decisão 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 como a escolha da modalidade dialítica ocorre entre nefrologistas, equipe de enfermagem e pacientes, e quais fatores influenciam esta decisão.

O estudo indicou 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 tiveram a escolha sob decisão exclusivamente médica ^{3,4,9,10,13,14}. 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 TRS¹⁸. 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 penetração de DP (30.5%) superior a encontrada no Brasil (10%) 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 penetração 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. Mehrota *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, pudemos 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 auto-cuidado 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 relacionados aos fatores: segurança no tratamento, bem-estar, manutenção de uma vida normal, liberdade, autonomia, convívio familiar, disposição e ânimo ao associarem tais fatores a sua própria modalidade, 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 (79,3% vs 30,7%) e ânimo (83,3% vs 67,3%) -. 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 auto-eficácia desses pacientes, que embora percebessem positivamente a DP, não possuíam interesse por uma mudança de modalidade. A auto-eficácia 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 escolhas²¹.

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^{3,9,14}.

Quanto aos fatores 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 14,2% 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 físicos³. O desinteresse pela mudança de modalidade dialítica pode também ser devido a influencia 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 diária⁹.

Com relação aos fatores que influenciam a escolha da modalidade pelos profissionais, foi verificado que os fatores clínicos referentes a sobrevivência, condições clínicas do paciente, mortalidade, morbidade e encaminhamento precoce ao nefrologista foram considerados como muito importantes. Entre os fatores psicossociais foram identificados o apoio familiar, segurança do paciente pelo tratamento e comportamento de auto-cuidado, 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 os fatores clínicos e psicossociais a melhores resultados a favor da terapia com DP. Os dados mostraram que houve maior percentual de respostas associadas aos fatores 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^{8,20,22,23,24}.

A pesquisa realizada por Ledebro e Ronco²⁵, com uma amostra de 6595 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 DP²⁶.

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 aos fatores que influenciaram a indicação de mudança de TRS, as razões frequentemente apontadas na conversão de HD para DP foram a presença de doença coronariana e a ausência de acesso vascular. A peritonite e os problemas mecânicos no catéter 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^{3,4,8,10}.

Rocha *et al.*¹⁰ examinaram que, uma vez iniciada a TRS através de 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 pro - 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.

Agradecimentos

Os autores expressam sua gratidão aos pacientes, equipe médica e de enfermagem pela participação neste estudo. Agradecimentos extensivos à Fundação Pró-Renal Brasil que permitiu a realização dessa pesquisa nas clínicas de diálise assistidas pela Instituição e também aos profissionais que contribuíram indiretamente.

Referencias

1. Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólitos. 5.edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2010: p.661-690
2. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Junior JE, Lugon J. Relatório do Senso Brasileiro de Diálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia 2008; 30: p.233-238.
3. Silva HG, Silva MJ. Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. Revista eletrônica de Enfermagem 2003; vol. 5 (n.1) p. 10-14.
4. Mendelssohn D, Mullaney S, Jung B, Blake P, Mehta R. What Do American Nephrologist think about Dialysis Modality Selection? American Journal of Kidney Diseases 2001;vol. 37(n.1):p. 22-29.
5. Blake PG. Free modality choice - Aspiration or Illusion? Peritoneal Dialysis International 2009;vol.29(n.2):p.133-134.
6. Jung B, Blake PG, Ravindra LM, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian Nephrologists toward Dialysis Modality Selection. Peritoneal Dialysis International 1999;vol.19(n.3):p.263-268.
7. Barreti P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a Terapia Renal Substitutiva (TRS) na Doença Renal Crônica (DRC). Jornal Brasileiro de Nefrologia 2004;vol. XXVI(n. 3 supl 1):p. 47-49.
8. Jassal SV, Krishna G, Mallick N, Mendelssohn D. Attitudes of British Isles Nephrologists towards dialysis modality selection: a questionnaire study. Nephrol Dial Transplant 2002;vol. 17:p. 474-477.
9. Lee A, Gudex C, Povlsen JV, Bonnevie S, Nielsen CP. Patient's views regarding choice of dialysis. Nephrol Dial Transplant . 2008; Vol.23(12):3953-9.
10. Rocha PN, Sallenave M, Casqueiro V, Neto BC, Presídio S. Motivo de "escolha" de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? J Bras Nefrol 2010;32(1):23-28.

11. Romão Junior J. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2004;vol. XXVI(N. 3 supl 1):p.1-3.
12. 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. *American Journal of Kidney Diseases* 2001;vol. 37(n.5):p. 981-986.
13. Diaz-Buxo JA. Early referral and selection of peritoneal dialysis as a treatment modality. *Nephrol Dial Transplant* 2000;vol. 15:p. 147-149.
14. Jager K, Korevaar J, Dekker F, Krediet R, Boeschoten E. The effect of contraindications and patients preference on Dialysis Modality Selection in ESRD patients in the Netherlands. *American Journal of Kidney Diseases* 2004;vol. 43(n. 5):p. 891-899.
15. Stack A. Determinants of Modality Selection among Incident US Dialysis patients: results from a National Study. *J. Am Soc Nephrol* 2002;vol. 13(1279-1287).
16. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? *Nephrol Dial Transplant*. 2001;16(suppl 7):20-24.
17. Prichard SS. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Perit Dial Int*.1996;16:69-72.
18. Smart NA, Titus TT. Outcomes of early versus late nephrology referral in chronic kidney disease: a systematic review. *Am J Med* 124(11):1073-80,201117.
19. Mehrota R MD, Vonesh E, Peters V, Nissenson A. Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond in-center haemodialysis. *Kidney International* 2005;vol.68(n.1):p.378-390.
20. Schatell D, Alt PS. Dialysis options educations: Is 'modality neutrality' fair to patients? *Nephrology News & Issues* 2008; Vol.22(13):24, 26-7.
21. Barros M, Batista-dos-Santos AC. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico* 2010; N.112. Ano X :p.1-9.

22. Kutner NG ZR, Barnhart H et al. Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2005;vol.20:p.2159-2167.
23. Heaf JG, Lokkegaard H, Madsen M. Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to haemodialysis. *Nephrol Dial Transpl.* 2002; 17:p.112-117.
24. 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(2): 153-154.
25. Ledebro I, Ronco C. The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals. *Nephrol Dial Transplant* 2008;vol.6:p.403-408.
26. Jeffrey Perl et al., Hemodialysis Vascular Access Modifies the Association between Dialysis Modality and Survival. *JASN* 22(6):989, 2011

TABELA 1 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

| Variável | Classificação | Geral (n=220) | HD (n=153) | DP (n=67) | Valor de p** (HD x 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) | |
| | Superior | 14 (6,4) | 10 (6,5) | 4 (6,0) | 0,813 |
| Estado civil | Casado | 159 (72,2) | 104 (68,0) | 55 (82,1) | 0,034 |
| Renda familiar (salários mínimos) | 0 a 1 | 29 (13,2) | 22 (14,4) | 7 (10,4) | |
| | 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 – FATORES RELACIONADOS À DECISÃO PELO PRIMEIRO TRATAMENTO E CONHECIMENTO SOBRE AS MODALIDADES DIALÍTICAS

| Pergunta | Geral (n=220) | HD (n=153) | DP (n=67) | Valor de p** (HD x 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)

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

| Pergunta | Geral (n=220) | HD (n=153) | 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 tratamento dialítico | | | | |
| - 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 ² 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 | 153 (69,9) | 105 (68,6) | 48 (72,7) | 0,631 |
| - 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 ² 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.

¹Sentimentos negativos = A questão 24 da entrevista aplicada aos pacientes pretendeu investigar quais sentimentos que esses possuem com relação ao tratamento que realizam. As alternativas dessa questão incluíram sentimentos positivos: seguro, confiante, tranqüilo, resignado e confortável e sentimentos negativos: inseguro, medo, ansioso, revoltado e desconfortável.

²Fatores positivos = A questão 25 propôs verificar a associação que os pacientes fazem quanto aos fatores relacionados ao próprio tratamento e à modalidade que não realizam. Esses fatores foram definidos como positivos e referem-se a: segurança, bem-estar, qualidade de vida, autonomia, convívio familiar, disposição, ânimo e segurança no tratamento.

TABELA 4 – AVALIAÇÃO DE FATORES REFERENTES A 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)

TABELA 5 – AVALIAÇÃO DE FATORES REFERENTES A 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 | 22 (61,1) |
| 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 (14,2) |
| - 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 | 26 (17,0) |

Resultados expressos por frequência (percentual)

* Percentuais calculados em relação ao total de pacientes que já realizaram hemodiálise (n=36)

** Percentuais calculados em relação ao total de pacientes em DP (um mesmo paciente pode ter assinalado mais de um item)

TABELA 6 – COMPARAÇÃO ENTRE HD E DP QUANTO A AVALIAÇÃO DE FATORES CLÍNICOS E PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS ÀS MODALIDADES

| Fatores avaliados pelos Profissionais (n=54) | Fatores relacionados à DP | Fatores relacionados à HD | Valor de p*** |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------|
| Qualidade de vida | 49 (90,7) | 34 (63,0) | 0,007 |
| Bem-estar psicossocial | 45 (83,3) | 30 (55,6) | 0,007 |
| Bem-estar clínico | 43 (79,6) | 31 (57,4) | 0,004 |
| Maiores taxas de sobrevivência | 36 (66,7) | 30 (55,6) | 0,119 |

* Resultados expressos por frequência (percentual).

**Consideradas respostas dadas como "muito importante".

*** Teste Binomial.

04. CONCLUSÕES

A escolha da modalidade dialítica foi decisão exclusivamente dos médicos em 76,3% dos casos. O conhecimento dos pacientes da amostra total é maior na HD e o grupo da DP possui maior conhecimento da outra modalidade comparados aos que realizavam HD.

Os fatores psicossociais que influenciaram a escolha da modalidade foram identificados como o apoio familiar, segurança do paciente pelo tratamento e comportamento de auto-cuidado, independente da modalidade a ser indicada. Foi notória a escolha dos profissionais pelo tratamento com DP como melhor terapia em qualidade de vida, bem estar clínico e psicossocial. E uma vez iniciada a TRS, a maioria dos pacientes recusaria a mudança de modalidade.

As condições comórbidas foram fatores decisivos para uma conversão de modalidade na escolha dos profissionais por uma mudança de tratamento dialítico.

A maioria dos pacientes encontra-se satisfeita com a modalidade que realizam e quanto à percepção das modalidades dialíticas. O grupo da DP comparado ao grupo da HD associa com maior frequência os fatores referentes a segurança no tratamento, bem-estar, vida mais próxima do normal, liberdade e ânimo com a sua própria modalidade. Por outro lado, na comparação entre os grupos na avaliação da modalidade que não realizam, o grupo da HD percebe a DP como a que proporciona maior liberdade, autonomia e ânimo.

05. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostraram que os fatores psicossociais foram considerados relevantes na indicação da modalidade pelos profissionais, como o autocuidado, a segurança e preferência do paciente pelo tratamento, entre outros.

Quanto a isso, cabe colocar alguns questionamentos com a finalidade de conduzir reflexões: aquilo que os profissionais consideraram como importantes são levados à prática? De que maneira ocorre comunicação entre eles e seus pacientes comparados ao alto índice de recusa à mudança de terapia renal? Ou seja, pretende-se levantar aqui uma reflexão sobre o que é dito e de que maneira são transmitidas tais informações sobre as TRS's.

Autores referem que a forma de comunicar é um fator fundamental que auxilia a previsão do comportamento de adesão e uma maior compreensão da doença e tratamento pelo paciente^{19,20}. Lee *et al.*¹² avaliaram que aproximadamente 2/3 dos 24 pacientes pesquisados puderam escolher por sua modalidade, mas que essa proporção poderia aumentar se melhorasse a comunicação entre os profissionais e o paciente acerca dos desejos, habilidades e percepções do próprio paciente sobre as opções de TRS's, a fim de otimizar suas chances para o manejo do auto-cuidado por meio da educação e um maior suporte as suas necessidades. Outros estudos apóiam essas análises^{15,16}.

Os meios de transmitir as informações sobre o tratamento algumas vezes não mostram resultados suficientes para a adesão, pela dificuldade de entendimento de alguns pacientes de certos procedimentos, o vocabulário técnico utilizado, a imprecisão na formulação da pergunta ou da resposta, entre outros, acarretam problemas diversos que afetam suas escolhas.

Muitas vezes o paciente está sob considerável estresse pelo impacto do adoecer e é difícil entender e aceitar tudo o que o médico orienta. Por vezes o paciente fica com informações insuficientes, sendo necessário supervisionar se a informação foi assimilada adequadamente. A partir desta análise pode-se considerar que o profissional pode adaptar o modo de informar, esclarecendo os termos técnicos para uma maior compreensão da doença e opções de tratamento, cumprindo a expectativa de orientação do paciente, assim havendo

maior probabilidade de adesão. Do contrário, os pacientes ficam vulneráveis às informações proferidas informalmente, aquelas que são fornecidas por outros pacientes e também por seus familiares. Muitas vezes o comportamento é guiado por aquilo que vemos dos outros, principalmente quando as contingências estão enfraquecidas, isto é, quando se observam pacientes da outra modalidade passando mal.

Pessoas que geralmente discriminam as regras que as distanciam de uma interação adequada com a realidade precisam de um auxílio dos médicos por quem são atendidas, pois são os primeiros contatos com o paciente.

06. REFERÊNCIAS

1. Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólitos. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003: p.661-690.
2. Romão Junior J. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2004;vol. XXVI(N. 3 supl 1):p.1-3.
3. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Junior JE, Lugon J. Relatório do Senso Brasileiro de Diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2008; 30: p.233-238.
4. Fermi MRV. Manual de Diálise para Enfermagem. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
5. Mendelssohn D, Mullaney S, Jung B, Blake P, Mehta R. What Do American Nephrologist think about Dialysis Modality Selection? *American Journal of Kidney Diseases* 2001;vol. 37(n.1):p. 22-29.
6. Blake PG. Free modality choice - Aspiration or Illusion? *Peritoneal Dialysis International* 2009;vol.29(n.2):p.133-134.
7. Silva HG, Silva MJ. Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista eletrônica de Enfermagem* 2003; p. 10-14.
8. Jung B, Blake PG, Ravindra LM, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian Nephrologists toward Dialysis Modality Selection. *Peritoneal Dialysis International* 1999;vol.19(n.3):p.263-268.
9. Rocha PN, Sallenave M, Casqueiro V, Neto BC, Presídio S. Motivo de "escolha" de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? *J Bras Nefrol* 2010;32(1):23-28.
10. Barreti P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a Terapia Renal Substitutiva (TRS) na Doença Renal Crônica (DRC). *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2004;vol. XXVI(n. 3 supl 1):p. 47-49.

11. Jassal SV, Krishna G, Mallick N, Mendelssohn D. Attitudes of British Isles Nephrologists towards dialysis modality selection: a questionnaire study. *Nephrol Dial Transplant* 2002;vol. 17:p. 474-477.
12. Lee A, Gudex C, Povlsen JV, Bonnevie S, Nielsen CP. Patient's views regarding choice of dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2008;p.1-7.
13. Little J, Irwin A, Marshall T, Rayner H, Smith S. Predicting a patient's choice of Dilaysis Modality: Experience in a United Kingdom Renal Department. *American Journal of Kidney Diseases* 2001;vol. 37(n.5):p. 981-986.
14. Diaz-Buxo JA. Early referral and selection of peritoneal dialysis as a treatment modality. *Nephrol Dial Transplant* 2000;vol. 15:p. 147-149.
15. Jager K, Korevaar J, Dekker F, Krediet R, Boeschoten E. The effect of contraindications and patients preference on Dialysis Modality Selection in ESRD patients in the Netherlands. *American Journal of Kidney Diseases* 2004;vol. 43(n. 5):p. 891-899.
16. Stack A. Determinants of Modality Selection among Incident US Dilaysis patients: results from a National Study. *J. Am Soc Nephrol* 2002;vol. 13(1279-1287).
17. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? *Nephrol Dial Transplant*. 2001;16(suppl 7):20-24.
18. Prichard SS. Treatment modality selection in 150 consecutive patients starting ESRD therapy. *Perit Dial Int*.1996;16:69-72.
19. Blackwell B. Falta de adesão ao tratamento. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria*. 6ªedição. Porto Alegre. Art Med; 1999:p.1738-42.
20. Malerbi FEK. Adesão ao tratamento. In: Kerbauy RR(Org). *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Santo André. ESEtec;2000:vol.5, p.148-153.

ANEXOS

*Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade
Evangélica Beneficente de Curitiba*

Rua Padre Anchieta, 2770

80730-000 Curitiba - PR

Fone: 41 3240-5570

Fax: 41 3240-5584

Curitiba, 16 de dezembro de 2009.

Ester Pereira
Miguel Carlos Riella

Prezados Colegas,

Comunicamos a V. Sa. que, em reunião ordinária do dia 15 de dezembro de 2009, foi aprovado o projeto de pesquisa intitulado "**FATORES QUE INFLUENCIAM NA DECISÃO DE MÉDICOS, EQUIPE DE ENFERMAGEM E PACIENTES RENAIIS PELA MODALIDADE DE TRATAMENTO DIALÍTICO**". Protocolado neste Comitê sob número 9686/09 em 30 de novembro de 2009.

Prevê a legislação que toda a documentação do projeto poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatórios previstos para: 20/06/2010

Atenciosamente,



Carmen A. Paredes Marcondes Ribas
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

ENTREVISTA COM PACIENTES

CLÍNICA: _____ Turno: _____

Data: ___ / ___ / ___

Entrevistador: _____

Dados gerais:

- 1) Sexo: () M () F
- 2) Data de Nascimento:
- 3) Escolaridade: () sem escolaridade () ensino fundamental
() ensino médio () superior incompleto
() superior completo () pós-graduado
- 4) Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo
() divorciado () outros.
- 5) Renda familiar: () 0 à 1 salário mínimo
() 1 à 3 salários mínimo
() 3 à 5 salários mínimo
() acima de 5 salários mínimo

Dados clínicos:

- 6) Doença de base
 - a) () Hipertensão Arterial
 - b) () Diabetes Mellitus
 - c) () Glomerulonefrite Crônica
 - d) () Doença Renal Policística
 - e) () outros.

7) Início do tratamento (mês/ano):

Entrevista:

8. Qual foi o primeiro tratamento que você realizou?
 - a) () Hemodiálise
 - b) () Diálise Peritoneal

9. Como foi feita a escolha pelo seu tratamento?
 - a) () decisão médica
 - b) () própria escolha

- c) () decisão conjunta com o médico
- d) () decisão familiar
- e) () outro. Qual _____

10. Você soube o que é hemodiálise quando recebeu o diagnóstico?

- a) () sim
- b) () não
- c) () conheci no decorrer do tratamento dialítico

11. Quem lhe informou sobre hemodiálise?

- a) () não sei o que é
- b) () médico
- c) () enfermeiro
- d) () outros pacientes
- e) () outro. Quem? _____

12. Você soube o que é diálise peritoneal quando recebeu o diagnóstico?

- a) () sim
- b) () não
- c) () conheci no decorrer do tratamento dialítico

13. Quem lhe informou sobre diálise peritoneal?

- a) () não sei o que é
- b) () médico
- c) () enfermeiro
- d) () outros pacientes
- e) () outro. Quem? _____

Para pacientes em HD:

14) Você já realizou Diálise Peritoneal?

- () sim
- () não

15) Se sim, qual (s) motivos que parou com este tratamento?

- () Não quis mais fazer
- () medo de morrer
- () Peritonite
- () Translocação do cateter
- () Peritoneo de baixo transportador
- () Família não quis mais
- () Outros. Quais? _____

16. Você tem interesse em conhecer Diálise Peritoneal?

- a) () sim b) () não c) () já conheço

17. Se não, porquê?

- a) () risco de infecção
- b) () condições de moradia
- c) () engorda – imagem corporal
- d) () medo e insegurança no tratamento

- e) () mora sozinho(a), ninguém para auxiliar
- f) () família não quer
- g) () ausência de equipe próxima
- h) () opinião de outros pacientes
- i) () outros. Qual(s) _____

Para pacientes em DP:

18) Você já realizou Hemodiálise?

- () sim
- () não

19) Se sim, qual (s) motivos que parou com este tratamento?

- () Não quis mais fazer
- () medo de morrer
- () sem acesso vascular
- () família não quis mais
- () Outros. Quais? _____

20. Você tem interesse em fazer hemodiálise?

- a) () sim
- b) () não

21. Se não, porquê?

- a) () opinião de outros pacientes
- b) () perda da liberdade
- c) () medo de morrer na máquina
- d) () outros. Qual(s) _____

22. O quanto você está satisfeito com o atual tratamento?

- a) () muito satisfeito
- b) () satisfeito
- c) () nem satisfeito, nem insatisfeito
- d) () insatisfeito

23. Você mudaria de tratamento dialítico?

- a) () aceitaria
- b) () recusaria

24. Como você se sente realizando tratamento dialítico? Assinale a(s) alternativas(s):

- a) () seguro
- b) () inseguro
- c) () medo
- d) () confiante

- e) () tranquilo
- f) () ansioso

- g) () revoltado
- h) () resignado

- i) () confortável
- j) () desconfortável

25. De acordo com os seguintes fatores, qual é a sua opinião sobre hemodiálise e diálise peritoneal. Assinale o item correspondente:

| | HEMODIÁLISE | DIÁLISE PERITONEAL |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a)segurança | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |
| b)bem estar | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |
| c)qualidade de vida | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |
| d)autonomia | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |
| e)convívio familiar | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |
| f)disposição | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |
| g)ânimo | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |
| h)Segurança no tratamento | ()sim ()não ()desconheço | ()sim ()não ()desconheço |

ENTREVISTA COM MÉDICOS E EQUIPE DE ENFERMAGEM
(Instrumento adaptado: Dialysis Modality Survey de David Mendelsohn),

Data: ___ / ___ / ___

Clínica: _____

Entrevistador: _____

Identificação:

Sexo: ()M ()F

Qual tipo de prática clínica:

() HD

() DP

Entrevista:

Em sua opinião, quanto à indicação pela modalidade de tratamento dialítico, assinale o quanto é importante considerar os seguintes fatores:

| | Sem import. | pouco import. | Indiferente | Importante | multo import. |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sobrevivência | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mortalidade | <input type="checkbox"/> |
| 3. Morbidade | <input type="checkbox"/> |
| 4. Condições clínicas | <input type="checkbox"/> |
| 5. Encaminhamento precoce | <input type="checkbox"/> |
| 6. Custo para o sist. de saúde | <input type="checkbox"/> |
| 7. Custo para o paciente | <input type="checkbox"/> |
| Aspectos psicossociais: | | | | | |
| 8. Preferência do paciente | <input type="checkbox"/> |
| 9. Qualidade de vida | <input type="checkbox"/> |
| 10. Grau de escolaridade | <input type="checkbox"/> |
| 11. Alterações psiquiátricas | <input type="checkbox"/> |
| 12. Apoio familiar | <input type="checkbox"/> |
| 13. Condições de moradia | <input type="checkbox"/> |
| 14. Comportamento de auto-cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 15. Atividade ocupacional | <input type="checkbox"/> |
| 16. Autonomia | <input type="checkbox"/> |
| 17. Adesão | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Déficit cognitivo | <input type="checkbox"/> |
| 19. Alterações imagem corporal | <input type="checkbox"/> |
| 20. Segurança do paciente pelo método | <input type="checkbox"/> |
| 21. Distância do local de tratamento | <input type="checkbox"/> |

Que fatores que poderão influenciar sua decisão em mudar o paciente de modalidade de tratamento. Por favor, indique a relativa importância desses fatores para cada modalidade:

Da hemodiálise (HD) para Diálise Peritoneal

| | Sem Import. | pouco import. | Indiferente | Importante | multo import. |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Ausência de acesso vascular | <input type="checkbox"/> |
| 23. múltiplas cirurgias | <input type="checkbox"/> |
| 24. patologia lombar | <input type="checkbox"/> |
| 25. diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> |
| 26. doença cardíaca | <input type="checkbox"/> |
| 27. doença coronariana | <input type="checkbox"/> |
| 28. doença vascular | <input type="checkbox"/> |
| 29. doença vasc. cerebral | <input type="checkbox"/> |
| 30. retinopatia | <input type="checkbox"/> |
| 31. dieta mais liberada | <input type="checkbox"/> |
| 32. idade > de 70 anos | <input type="checkbox"/> |
| Aspectos psicossociais: | | | | | |
| 33. Preferência do paciente | <input type="checkbox"/> |
| 34. decisão familiar | <input type="checkbox"/> |
| 35. condições de moradia | <input type="checkbox"/> |
| 36. comportamento de auto-cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 37. atividade ocupacional | <input type="checkbox"/> |
| 38. autonomia | <input type="checkbox"/> |
| 39. qualidade de vida | <input type="checkbox"/> |
| 40. dificuldade de adesão | <input type="checkbox"/> |
| 41. déficit cognitivo | <input type="checkbox"/> |
| 42. alterações imagem corporal | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 43. disponib. de local de tratamento | <input type="checkbox"/> |
| 44. Distância da moradia a unidade de tratamento | <input type="checkbox"/> |

Da Diálise Peritoneal (DP) para Hemodiálise

| | Sem import. | pouco import. | Indiferente | importante | multo import. |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 45. Problema mecânico no cateter | <input type="checkbox"/> |
| 46. múltiplas cirurgias | <input type="checkbox"/> |
| 47. patologia lombar | <input type="checkbox"/> |
| 48. diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> |
| 49. peritonite | <input type="checkbox"/> |
| 50. doença vascular | <input type="checkbox"/> |
| 51. doença vasc. cerebral | <input type="checkbox"/> |
| 52. retinopatia | <input type="checkbox"/> |
| 53. falência ultrafiltração | <input type="checkbox"/> |
| 54. disponib. de local de tratamento | <input type="checkbox"/> |
| 55. idade > de 70 anos | <input type="checkbox"/> |
| Aspectos psicossociais: | | | | | |
| 56. Preferência do paciente | <input type="checkbox"/> |
| 57. decisão familiar | <input type="checkbox"/> |
| 58. condições de moradia | <input type="checkbox"/> |
| 59. Comportamento de auto-cuidado | <input type="checkbox"/> |
| 60. Atividade ocupacional | <input type="checkbox"/> |
| 61. autonomia | <input type="checkbox"/> |
| 62. Qualidade de vida | <input type="checkbox"/> |
| 63. Dificuldade de adesão | <input type="checkbox"/> |
| 64. déficit cognitivo | <input type="checkbox"/> |
| 65. alterações imagem corporal | <input type="checkbox"/> |
| 66. disponib. de local de tratamento | <input type="checkbox"/> |
| 67. Distância da moradia a unidade de tratamento | <input type="checkbox"/> |

Em sua opinião, para melhores resultados em cada modalidade de tratamento, indique qual dos marcadores, de 1 a 5, que equivale aos seguintes fatores:
Considere: 1 → nada associado

2 → pouco associado

3 → indiferente

4 → muito associado

5 → totalmente associado

| | HD | DP |
|------------------------------------|-------|-------|
| 68. Maiores taxas de sobrevivência | _____ | _____ |
| 69. Bem estar clínico | _____ | _____ |
| 70. Bem estar psicossocial | _____ | _____ |
| 71. Qualidade de vida | _____ | _____ |

Agradeço pela sua participação!

* Instrumento adaptado

Referência:

Dialysis Modality Survey de David Mendelsohn.

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Ester Pereira, mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, estou realizando um estudo que tem como tema "Fatores que influenciam a decisão de médicos, equipe de enfermagem e pacientes renais pela modalidade de tratamento dialítico".

Os responsáveis pela aplicação dos questionários é a equipe de Psicologia da Fundação Pró-Renal (Curitiba-Pr) composta pelas psicólogas Ester Pereira, Janaina Chemin sob orientação do Dr. Miguel Carlos Riella. Os responsáveis poderão ser contatados pelo telefone 3312-5500, 99344218 ou 91266992.

Sua participação será por meio de respostas a um questionário sobre o tema. Antes do início do estudo lhe será garantido as informações necessárias para sua participação. Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, por isso caso qualquer informação seja divulgada em relatório ou publicação, será feito por forma codificada.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo ao qual fui convidado. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo voluntariamente em participar do estudo fornecendo as respostas do questionário.

Curitiba, ____/____/____

Assinatura do participante

Responsáveis pelo estudo:


Janaina Chemin


Ester Pereira


Miguel Carlos Riella

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, *nacionalidade, estado civil, RG*, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado "Fatores que influenciam a decisão de médicos, equipe de enfermagem e pacientes renais pela modalidade de tratamento dialítico", cujo objetivo é de identificar quais fatores que determinam minha escolha pela modalidade de tratamento para doença renal crônica.

A minha participação no referido estudo será realizado durante meu tratamento ou em data de consulta médica, por meio de respostas a um questionário que contém 23 questões. Este questionário também inclui a coleta de dados sobre doença de base e presença de comorbidades em meu prontuário.

Recebi os esclarecimentos necessários e compreendi a natureza e o objetivo do estudo ao qual fui convidado.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto é a equipe de Psicologia da Fundação Pró-Renal (Curitiba-Pr) compostas pelas psicólogas Ester Pereira, Janaína Chemin sob orientação do Dr. Miguel Carlos Riella. Poderei manter contato com os responsáveis pelos telefones 3312-5500, 91266992 ou 99344218.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.