

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Medicina

Letícia Ohara Costa Fujinohara

Maria Eduarda Baroni Barsalobre

**DIÁLISE PERITONEAL VERSUS HEMODIÁLISE: ANÁLISE DA
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS
SUBMETIDOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

São Paulo

2025

Letícia Ohara Costa Fujinohara
Maria Eduarda Baroni Barsalobre

**DIÁLISE PERITONEAL VERSUS HEMODIÁLISE: ANÁLISE DA
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS
SUBMETIDOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina da Universidade Santo
Amaro – UNISA, como requisito parcial para a
obtenção do título Bacharel em Medicina

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Débora Driemeyer
Wilbert

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida
Azevedo Koike Folgueira

Co-orientador: Dr. Francisco Carlos Folgueira
de Castro

São Paulo
2025

F971d

Fujinohara, Letícia Ohara Costa

Diálise peritoneal versus hemodiálise: análise da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a terapia renal substitutiva / Letícia Ohara Costa Fujinohara, Maria Eduarda Baroni Barsalobre. - São Paulo, 2025.

26 p. : il; color.

Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Santo Amaro, 2025.

Orientadora: Prof.^a Dra. Débora Driemeyer Wilbert.

Coorientador: Prof.^a Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira.

Bibliografia incluída

1. Hemodiálise. 2. Diálise peritoneal. 3. Doença renal crônica. I. Barsalobre, Maria Eduarda Baroni. II. Wilbert, Débora Driemeyer. III. Folgueira, Maria Aparecida Azevedo Koike. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título.

CDD 616.6

Letícia Ohara Costa Fujinohara
Maria Eduarda Baroni Barsalobre

**DIÁLISE PERITONEAL VERSUS HEMODIÁLISE: ANÁLISE DA
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS
SUBMETIDOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para a obtenção do
título Bacharel em Medicina

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Débora Driemeyer Wilbert

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira

Co-orientador: Dr. Francisco Carlos Folgueira de Castro

São Paulo, __ de _____ de 2025

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Débora Driemeyer Wilbert

Orientadora

Prof. Dr. Jonas Moraes Filho

Avaliador

Prof. Me. Felipe Reis

Avaliador

Conceito Final: _____

*Ao meu pai, que nunca poderá me ver
médica, mas que sempre soube que eu seria.*

Letícia Ohara Costa Fujinohara

Aos meus pais, Nelcy e Renato.

Maria Eduarda Baroni Barsalobre

AGRADECIMENTOS

Agradecimento – Letícia Ohara Costa Fujinohara

À orientadora Prof.^a Dr.^a Débora Driemeyer Wilbert, por nos guiar durante a elaboração deste trabalho, estando sempre solícita a atender nossas demandas acadêmicas.

À minha companheira de TCC, e, sobretudo, amiga, Maria Eduarda, por dividir as dores e alegrias dessa jornada desde antes da graduação.

Aos meus coorientadores, Francisco e Maria Aparecida, minhas maiores inspirações na Medicina e na vida.

Ao meu parceiro, Guilherme, por nunca me permitir desistir, fazendo com que meus sonhos se tornassem nossos sonhos.

Por fim, aos pacientes participantes, cuja colaboração foi indispensável para a realização desse estudo.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, expresso meus sinceros agradecimentos.

Agradecimento – Maria Eduarda Baroni Barsalobre

Primeiramente, agradeço à minha família, em especial aos meus pais, Nelcy e Renato, que sempre me incentivaram e apoiaram incondicionalmente.

À nossa orientadora, Débora, sou profundamente grata pela paciência e valiosas orientações que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Agradeço também aos pacientes que colaboraram com o estudo, enriquecendo este trabalho com suas experiências.

E não posso deixar de agradecer à minha fiel companheira Nina, cuja alegria e carinho tornaram os dias de estudo mais leves e acolhedores.

RESUMO

Este estudo transversal comparou a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em pacientes com Doença Renal Crônica submetidos à Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP). A amostra consistiu em 35 pacientes (17 HD e 18 DP) de uma clínica especializada em Guarulhos-SP, avaliados por meio do questionário validado KDQOL-SF 1.3. Os resultados demonstraram equivalência estatística nos componentes físico e mental gerais (SF-12) entre os grupos, compatível com resultados obtidos na literatura. Entretanto, observou-se diferença significativa favorável à DP no Componente de Doença Renal (KDSC) ($p=0,045$). O grupo DP destacou-se positivamente nos domínios de "Sobrecarga da doença", "Satisfação do paciente" e "Encorajamento da equipe", evidenciando os benefícios da autonomia na terapia domiciliar, enquanto o grupo HD apresentou melhores índices de sono e função cognitiva. Conclui-se que, apesar da paridade na saúde global, a escolha da modalidade impacta dimensões específicas da vida do paciente, exigindo uma indicação terapêutica personalizada e centrada no perfil psicossocial do indivíduo.

Palavras-chave: Diálise Peritoneal; Hemodiálise; Qualidade de Vida; Doença Renal Crônica.

ABSTRACT

This cross-sectional study compared Health-Related Quality of Life in patients with Chronic Kidney Disease undergoing Hemodialysis (HD) and Peritoneal Dialysis (PD). The sample consisted of 35 patients (17 HD and 18 PD) from a specialized clinic in Guarulhos-SP, evaluated using the validated KDQOL-SF 1.3 questionnaire. The results demonstrated statistical equivalence in the general physical and mental components (SF-12) between the groups, consistent with results found in the literature. However, a significant difference favoring PD was observed in the Kidney Disease Component Summary (KDCS) ($p=0.045$). The PD group stood out positively in the "Burden of kidney disease," "Patient satisfaction," and "Staff encouragement" domains, highlighting the benefits of autonomy in home-based therapy, while the HD group presented better scores for sleep and cognitive function. It is concluded that, despite the parity in global health, the choice of modality impacts specific dimensions of the patient's life, requiring a personalized therapeutic indication centered on the individual's psychosocial profile.

Keywords: Peritoneal Dialysis; Hemodialysis; Quality of Life; Chronic Kidney Disease.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas descritivas dos grupos de pacientes	14
Tabela 2 – Escores do grupo geral dos pacientes	15
Tabela 3 – Escores do grupo de pacientes submetidos à HD	15
Tabela 4 – Escores do grupo de pacientes submetidos à DP	16
Tabela 5 – Resultados da meta-análise para grupos de hemodiálise	18
Tabela 6 – Resultados da meta-análise para grupos de diálise peritoneal	18
Tabela 7 – Comparação dos resultados obtidos no grupo de hemodiálise com dados de meta-análise global	19
Tabela 8 – Comparação dos resultados obtidos no grupo de diálise peritoneal com dados de meta-análise global	19
Tabela 9 – Comparação dos escores entre os grupos de HD e DP	20
Tabela 10 – Resultado dos escores obtidos na meta-análise nos grupos de HD e DP.....	21

Lista de Figuras

Figura 1 – Boxplot do componente de doença renal para os grupos geral, HD e DP.....	17
Figura 2 – Boxplot do componente físico resumido para o grupo geral, HD e DP.....	17
Figura 3 – Boxplot do componente mental resumido para o grupo geral, HD e DP.....	18

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	11
3. METODOLOGIA	12
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)¹ (2023, tradução nossa), a Doença Renal Crônica (DRC) se caracteriza como uma “perda gradual das funções renais”, cujos sinais e sintomas incluem “náusea, vômito, perda de apetite, fadiga e fraqueza, problemas de sono, alterações na produção de urina, diminuição na acuidade mental, contrações musculares e câibras, inchaços nos pés e tornozelos e hipertensão”.

No Brasil, é incerta a prevalência da DRC entre a população adulta, porém estima-se que de 3 a 6 milhões de adultos a possuam e que dentre eles, 100 mil realizem tratamento dialítico.² Importante ressaltar que esse tratamento é feito em pacientes no estágio V da DRC, que consiste em uma filtração glomerular com níveis $<15\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, e que pode ser realizado através de duas modalidades: a diálise peritoneal e a hemodiálise.³

A diálise peritoneal (DP) baseia-se na introdução de um dialisato através de um cateter na parede abdominal, que tem como objetivo entrar em contato com o sangue para que haja a troca de solutos e água, restaurando o balanço eletrolítico e corrigindo a acidose. A DP é dividida em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), na qual a cavidade peritoneal é constantemente preenchida por, geralmente, 2 litros de dialisato e trocado manualmente quatro vezes por dia com intervalos de 4 a 8 horas, e Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), em que, de forma não manual, há de 3 a 6 trocas de soluto durante o sono do paciente. Ainda, a DPA pode ser subdividida em Diálise Peritoneal Intermitente Noturna (DPIN), que geralmente é realizada em pacientes que ainda possuem a função renal residual, e Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (DPCC), que, além de realizar as trocas noturnas, mantém o dialisato na cavidade peritoneal durante o dia, sendo utilizada em pacientes que não apresentam função renal residual.⁴

As principais vantagens observadas com a utilização da DPA são a preservação da autonomia do paciente devido à possibilidade de troca do dialisato apenas durante o período noturno, as menores restrições dietéticas quando comparadas à hemodiálise e a menor necessidade de profissionais

treinados, o que auxilia na viabilidade do tratamento em comunidades rurais e remotas, aumentando a equidade entre diferentes classes sociais.^{5,6} Por esses fatores, países como Tailândia, China, Nova Zelândia e Estados Unidos da América criaram ou estão em processo de implementação de incentivos financeiros a fim de que a primeira modalidade de escolha seja a DP.⁶

Em contrapartida, ela não pode ser realizada em todos os pacientes. Indivíduos portadores de gastrite eosinofílica, hérnias extensas, hérnias diafragmáticas, extrofia de bexiga, perda da função peritoneal, adesões peritoneais múltiplas e inabilidade física ou mental possuem contraindicação para essa modalidade. O implante de endoprótese endovascular há menos de 4 meses, a inserção de derivação ventriculoperitoneal, constantes episódios de diverticulite, presença de doença inflamatória ou isquêmica e obesidade grau III constituem fatores dependentes de avaliação clínica criteriosa, porém com propensão à contraindicação médica.⁴

Paralelamente, a hemodiálise (HD) consiste na retirada do sangue do meio corpóreo, através de um cateter ou fístula arteriovenosa, em direção ao hemodialisador. Esse aparelho tem como objetivo trabalhar como um “rim artificial”, removendo resíduos e excesso de fluidos e, por fim, devolvendo esse sangue ao corpo. Apesar de possuir quatro subdivisões (HD convencional, HD diária, HD noturna e HD domiciliar), a HD convencional ainda é o formato mais utilizado no mundo. Ela depende de clínicas ou centros especializados, onde o paciente é submetido por, em média, sessões de 4 horas durante 3 dias da semana de forma alternada.⁷

Além de ser a única opção de diálise aos pacientes que não podem usufruir da DP, queixas de peritonite, infecção no local de saída do cateter e prurido quase não foram relatadas em comparação aos pacientes em DP, o que afeta diretamente a qualidade do sono, a qualidade de vida e a mortalidade.⁸ Foram observados também maiores níveis de albumina sérica nos grupos que estavam em tratamento com HD, o que pode ser explicado parcialmente pela diluição da albumina resultante da sobrecarga hídrica causada pela DP.⁹

Todavia, pacientes em HD apresentaram escores mais baixos nos testes de qualidade de vida, o que está correlacionado com restrições impostas pelo

tratamento, como a necessidade de permanecer próximo dos centros de diálise e as longas horas de sessão que limitam o tempo para outras atividades. Sendo assim, suas interações sociais e carreiras profissionais acabam sendo afetadas, causando isolamento e possível sofrimento psicológico.^{8, 10}

Comparando as duas modalidades, a HD possui maiores custos fixos para as unidades de saúde particulares e governamentais, devido à necessidade da estrutura física e recursos humanos especializados. Porém, ainda existe um alto custo financeiro para os próprios pacientes, pois além de haver maior dificuldade em manter suas atividades laborais remuneradas, caso o paciente resida em uma região remota ou rural, seu deslocamento dependerá de dispêndio financeiro.¹¹

Este trabalho tem como objetivo analisar e comparar a qualidade de vida entre pacientes portadores de Doença Renal Crônica submetidos à diálise peritoneal e hemodiálise. Serão considerados aspectos físicos, psicológicos e sociais, com o intuito de identificar a modalidade que oferece a melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

Analisar detalhadamente os dados obtidos permitirá uma decisão clínica mais assertiva, norteando os profissionais de saúde a indicarem uma abordagem personalizada e centrada no bem-estar do paciente. Ademais, este estudo poderá contribuir para a otimização dos cuidados, aprimoramento de políticas públicas de saúde e melhoria na alocação de recursos destinados ao tratamento da DRC.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Comparar a qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a diferentes modalidades de diálise.

2.2 Objetivos Específicos

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise, utilizando instrumentos validados, com o objetivo de

mensurar a saúde geral, a percepção da doença renal e a satisfação com o tratamento.

Comparar os resultados obtidos entre os grupos participantes, almejando identificar os tópicos de divergência e convergência.

Comparar os resultados obtidos com estudos realizados anteriormente.

Apresentar recomendações a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, levando em conta os achados comparativos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e analítico. Para a seleção da amostra, definimos critérios de inclusão que garantiram que os participantes tivessem a condição médica relevante, além de estarem no tratamento indicado para o estudo. Os critérios foram:

- Pacientes adultos com 18 anos ou mais;
- Pacientes diagnosticados com Doença Renal Crônica;
- Pacientes submetidos à diálise peritoneal ou hemodiálise.

Estabelecemos critérios de exclusão que garantiram a validade da avaliação da qualidade de vida, excluindo pacientes cujo aspecto cognitivo estivesse gravemente comprometido ou que apresentassem incapacidade de comunicação, ou outras condições médicas que pudessem afetar adversamente os resultados obtidos no estudo. Para garantir uma condução ética do estudo, obtivemos a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Santo Amaro (UNISA), assegurando que os princípios éticos fossem garantidos e estivessem em conformidade com a regulamentação institucional e nacional. Para a coleta de dados, recrutamos pacientes elegíveis na clínica de hemodiálise e cuidados renais “Diaverum”, localizada na cidade de Guarulhos, no estado de São Paulo – Brasil, garantindo que a amostra seja representativa da população de pacientes renais crônicos sob o tratamento delimitado por este estudo. Os pacientes foram convidados a participar voluntariamente do estudo, sendo informados de seus objetivos, os procedimentos envolvidos e os potenciais benefícios e ônus. Após esses

passos, obtivemos o consentimento informado, escrito e assinado de todos os participantes. Os pacientes participantes responderam ao questionário *Kidney Disease and Quality-of-Life – Short Form versão 1.3* (KDQOL-SF 1.3)¹², ferramenta validada que avalia uma variedade de aspectos relacionados à qualidade de vida. É importante salientar que o instrumento utilizado pertence ao KDQOL Working Group/Rand Corporation da Universidade do Arizona, e seus autores permitem tanto a tradução para outros idiomas, quanto a aplicação desse questionário. As variáveis independentes do estudo foram o tipo de diálise (peritoneal ou hemodiálise), enquanto as variáveis dependentes foram as pontuações nos diferentes domínios do questionário. Para um panorama descritivo básico da amostra, foram avaliadas as características gerais dos participantes como idade, sexo, tempo de tratamento e modalidade de tratamento. Para avaliar os resultados obtidos, as respostas foram convertidas de acordo com as instruções da RAND Health, agrupando as 80 questões em 20 domínios: lista de sintomas/problemas, efeitos da doença renal, sobrecarga da doença renal, situação de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual, sono, apoio social, encorajamento da equipe de diálise, saúde geral, satisfação do paciente, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, bem-estar emocional, aspectos emocionais, aspectos sociais e energia/fadiga. Para o cálculo das pontuações, cada item foi recodificado em uma escala de 0 a 100, na qual valores maiores indicam melhor qualidade de vida. Em seguida, foi calculada a média dos itens correspondentes a cada domínio.

Após a análise dos dados, interpretamos os resultados levando em conta as diferenças que foram observadas. Discutimos as implicações clínicas, apresentamos as limitações do estudo, sugerimos direções para pesquisas futuras e indicamos possíveis aplicações desses resultados. Essa metodologia estabelece as bases para um estudo abrangente sobre a qualidade de vida em pacientes renais crônicos nas diferentes modalidades de diálise, com o objetivo de fornecer *insights* importantes para a prática clínica e bem-estar individual.

4 RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 35 pacientes portadores de DRC submetidos à terapia renal substitutiva, dos quais 17 (48,6%) encontravam-se em hemodiálise e 18 (51,4%) em diálise peritoneal. Do total de participantes, 20 (57,1%) eram do sexo masculino e 15 (42,9%) do sexo feminino. No grupo em HD, observou-se predominância de pacientes do sexo masculino, tendo como resultados 11 homens (64,7%) e 6 mulheres (35,3%). Em contrapartida, no grupo em DP, as proporções entre os sexos mostraram-se equilibradas: 9 homens (50%) e 9 mulheres (50%).

A idade média dos participantes foi de 63,8 anos, com variação entre 40 e 88 anos. Entre os pacientes submetidos à HD, a idade média foi de 60,8 anos (mínima de 42 e máxima de 80 anos), enquanto no grupo em DP a média foi de 66,5 anos (mínima de 40 e máxima de 88 anos).

A duração média da terapia dialítica foi de 32,3 meses para a amostra total, sendo de 29,3 meses entre os pacientes em HD e de 34,9 meses entre aqueles em DP.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas dos grupos de pacientes

Métrica ↓ / Grupo →	Todos	HD	DP
n	35	17	18
Masculino	20	11	9
Feminino	15	6	9
Idade média	63,8	60,8	66,5
Idade mínima	40	42	40
Idade máxima	88	80	88
Tempo médio de diálise	32,3	29,3	34,9

Fonte: Elaboração própria (2025)

A partir dos questionários aplicados, obtiveram-se os resultados apresentados nas Tabelas 2, 3 e 4 – relativos aos grupos geral (n=35), hemodiálise (n=17) e diálise peritoneal (n=18). Apresentam-se a média, o desvio-padrão, o erro-padrão e o intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2 – Escores do grupo geral dos pacientes

Domínio	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Lista de sintomas	74,35	17,55	2,97	68,53	80,16
Efeitos da doença	74,38	16,86	2,85	68,79	79,96
Sobrecarga da doença	59,29	27,22	4,60	50,27	68,30
Situação de trabalho	27,59	39,16	7,27	13,33	41,84
Função cognitiva	93,52	10,90	1,84	89,91	97,14
Qualidade das interações	85,71	21,03	3,55	78,75	92,68
Função sexual	95,45	10,11	3,05	89,48	101,43
Sono	71,57	26,90	4,55	62,66	80,48
Apoio social	81,90	30,08	5,08	71,94	91,87
Encorajamento da equipe	93,57	18,53	3,13	87,43	99,71
Saúde geral	74,86	16,69	2,82	69,33	80,39
Satisfação do paciente	89,52	16,71	2,82	83,99	95,06
Capacidade funcional	54,00	30,53	5,16	43,89	64,11
Aspectos físicos	28,57	41,19	6,96	14,93	42,22
Dor	72,79	28,09	4,75	63,48	82,09
Estado geral de saúde	53,71	16,24	2,75	48,33	59,09
Bem-estar emocional	72,34	19,31	3,26	65,94	78,74
Aspectos emocionais	49,52	44,55	7,53	34,76	64,28
Aspectos sociais	87,50	17,42	2,94	81,73	93,27
Energia / fadiga	55,86	21,40	3,62	48,77	62,95
Componente físico	39,23	9,03	1,53	36,23	42,22
Componente mental	49,90	8,01	1,35	47,25	52,55
Componente de doença	76,55	9,95	1,68	73,25	79,84

Fonte: Elaboração própria (2025)

Tabela 3 – Escores do grupo de pacientes submetidos à HD

Domínio	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão	IC 95% (Inferior)	IC 95% (Superior)
Lista de sintomas	75,37	19,22	4,66	66,23	84,51
Efeitos da doença	71,14	17,14	4,16	62,99	79,29
Sobrecarga da doença	49,26	28,63	6,94	35,65	62,88
Situação de trabalho	23,53	35,87	8,70	6,48	40,58
Função cognitiva	96,47	6,72	1,63	93,28	99,66
Qualidade das interações	86,67	19,72	4,78	77,29	96,04
Função sexual	95,83	10,21	4,17	87,67	104,00
Sono	78,09	21,15	5,13	68,03	88,14
Apoio social	76,47	31,76	7,70	61,37	91,57
Encorajamento da equipe	86,76	25,18	6,11	74,79	98,74
Saúde geral	72,94	18,96	4,60	63,93	81,96
Satisfação do paciente	82,35	19,96	4,84	72,87	91,84
Capacidade funcional	57,65	32,75	7,94	42,08	73,21

Aspectos físicos	36,76	43,41	10,53	16,13	57,40
Dor	78,82	25,13	6,09	66,88	90,77
Estado geral de saúde	52,94	20,24	4,91	43,32	62,56
Bem-estar emocional	73,18	18,21	4,42	64,52	81,83
Aspectos emocionais	60,78	39,50	9,58	42,01	79,56
Aspectos sociais	87,50	17,68	4,29	79,10	95,90
Energia / fadiga	60,00	23,85	5,78	48,66	71,34
Componente físico	40,24	9,06	2,20	35,93	44,55
Componente mental	50,69	6,58	1,60	47,56	53,82
Componente de doença	73,08	10,61	2,57	68,04	78,12

Fonte: Elaboração própria (2025)

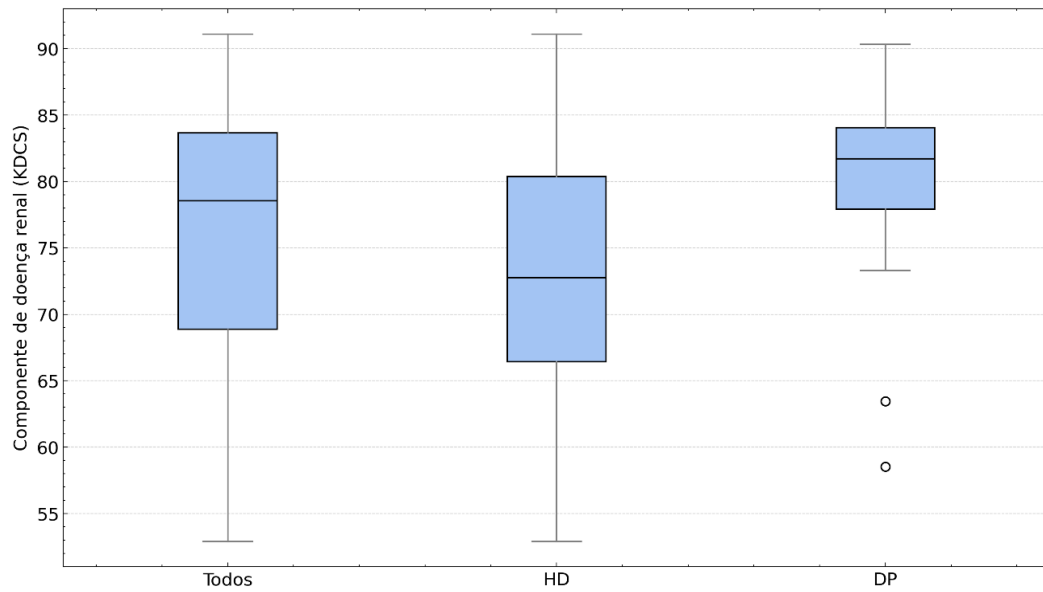
Tabela 4 – Escores do grupo de pacientes submetidos à DP

Domínio	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão	IC 95% (Inferior)	IC 95% (Superior)
Lista de sintomas	73,38	16,32	3,85	65,84	80,92
Efeitos da doença	77,43	16,49	3,89	69,81	85,05
Sobrecarga da doença	68,75	22,69	5,35	58,27	79,23
Situação de trabalho	33,33	44,38	12,81	8,22	58,44
Função cognitiva	90,74	13,36	3,15	84,57	96,91
Qualidade das interações	84,81	22,73	5,36	74,31	95,32
Função sexual	95,00	11,18	5,00	85,20	104,80
Sono	65,42	30,72	7,24	51,23	79,61
Apoio social	87,04	28,33	6,68	73,95	100,12
Encorajamento da equipe	100,00	0,00	0,00	100,00	100,00
Saúde geral	76,67	14,55	3,43	69,94	83,39
Satisfação do paciente	96,30	9,14	2,15	92,07	100,52
Capacidade funcional	50,56	28,79	6,79	37,25	63,86
Aspectos físicos	20,83	38,59	9,10	3,01	38,66
Dor	67,08	30,21	7,12	53,13	81,04
Estado geral de saúde	54,44	11,87	2,80	48,96	59,93
Bem-estar emocional	71,56	20,80	4,90	61,95	81,17
Aspectos emocionais	38,89	47,49	11,19	16,95	60,83
Aspectos sociais	87,50	17,68	4,17	79,33	95,67
Energia / fadiga	51,94	18,64	4,39	43,33	60,56
Componente físico	38,27	9,16	2,16	34,03	42,50
Componente mental	49,15	9,29	2,19	44,86	53,44
Componente de doença	79,82	8,28	1,95	76,00	83,65

Fonte: Elaboração própria (2025)

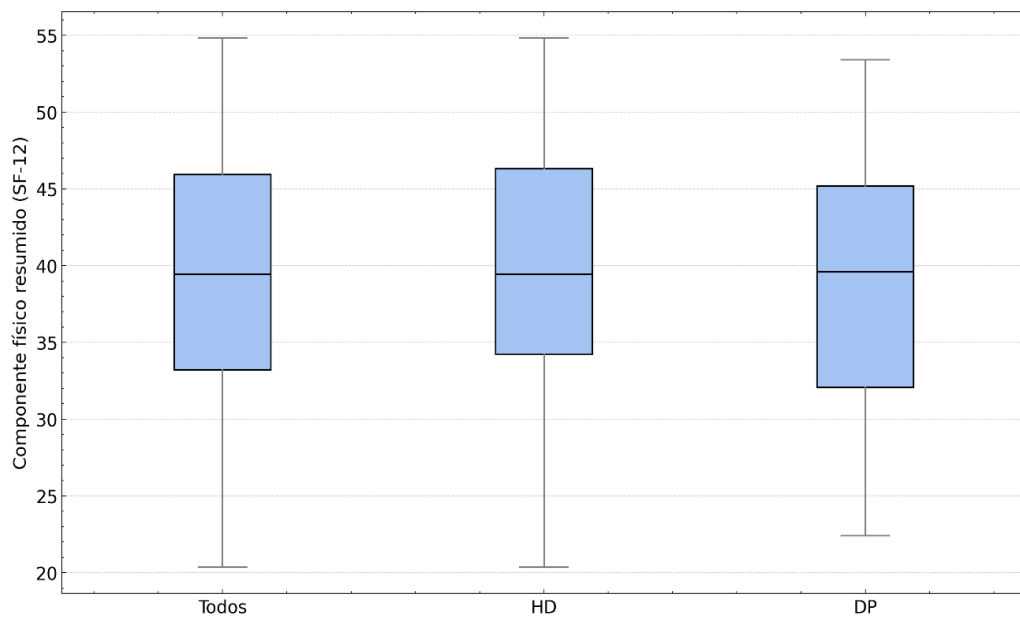
Os *boxplots* das Figuras 1, 2 e 3 mostram de maneira visual os resultados obtidos nos três escores principais.

Figura 1 – *Boxplot* do componente de doença renal para os grupos geral, HD e DP



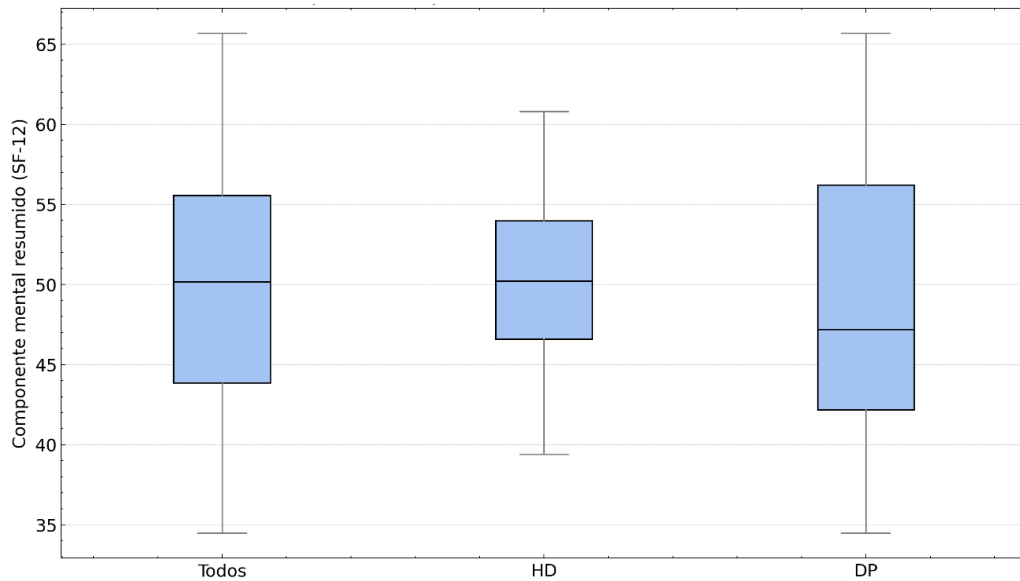
Fonte: Elaboração própria (2025)

Figura 2 – *Boxplot* do componente físico resumido para o grupo geral, HD e DP



Fonte: Elaboração própria (2025)

Figura 3 – Boxplot do componente mental resumido para o grupo geral, HD e DP



Fonte: Elaboração própria (2025)

Como referência, as Tabelas 5 e 6 apresentam os resultados obtidos na meta-análise de Raofi et al. (2023)¹³, para os grupos HD e DP.

Tabela 5 – Resultados da meta-análise para grupos de hemodiálise

Métrica	Média	Erro-padrão	Variância	IC 95% (Inferior)	IC 95% (Superior)
Componente físico	39,26	0,27	0,07	38,74	39,79
Componente mental	46,79	0,31	0,1	46,19	47,4
Componente de doença	60,52	1,39	1,94	57,79	63,26

Fonte: Adaptada de Raofi S, et al. (2023)

Tabela 6 – Resultados da meta-análise para grupos de diálise peritoneal

Métrica	Média	Erro-padrão	Variância	IC 95% (Inferior)	IC 95% (Superior)
Componente físico	42,10	0,93	0,87	40,27	43,93
Componente mental	47,97	0,98	0,96	46,02	49,86
Componente de doença	59,61	9,34	87,18	41,31	77,91

Fonte: Adaptada de Raofi S, et al. (2023)

Tendo tanto os resultados desta pesquisa quanto da meta-análise, vale analisar se os escores obtidos são semelhantes ou se há uma diferença estatisticamente significativa. Para isso, utiliza-se o teste z para diferenças de médias independentes. Os resultados estão nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7 – Comparação dos resultados obtidos no grupo de hemodiálise com dados de meta-análise global

Domínio	Média meta-análise	Média estudo	Erro-padrão da diferença	Z	p-valor
Componente físico	39,26	40,24	2,22	0,44	0,658
Componente mental	46,79	50,69	1,63	2,39	0,017
Componente de doença renal	60,52	73,08	2,92	4,3	<0,001

Fonte: Elaboração própria (2025)

Para o grupo de hemodiálise, não notamos diferença estatisticamente relevante no componente físico. Contudo, em relação ao componente mental, notamos uma diferença estatisticamente significativa, embora de baixa magnitude. Já para o componente de doença renal, notamos uma diferença estatisticamente significativa, com diferença de alta magnitude entre o valor da meta-análise e o do presente estudo.

Tabela 8 – Comparação dos resultados obtidos no grupo de diálise peritoneal com dados de meta-análise global

Domínio	Média meta-análise	Média estudo	Erro-padrão da diferença	Z	p-valor
Componente físico	42,1	38,27	2,35	-1,63	0,103
Componente mental	47,97	49,15	2,4	0,49	0,623
Componente de doença renal	59,61	79,82	9,54	2,12	0,034

Fonte: Elaboração própria (2025)

Para o grupo da diálise peritoneal, não se nota diferença estatisticamente significativa tanto no componente físico quanto no componente mental. Por outro lado, no componente de doença renal, nota-se

o mesmo fenômeno do grupo da hemodiálise: diferença de alta magnitude e estatisticamente significativa.

Analisando separadamente os resultados obtidos em ambos os grupos, parte-se para o objetivo deste trabalho: analisar a diferença em categorias dos grupos de hemodiálise e diálise peritoneal, além de verificar se essas diferenças também se verificam na literatura internacional. Para isso, aplicamos o teste t de Welch. Reportamos o p-valor bruto, além do q-valor ajustado por FDR Benjamini-Hochberg para múltiplos conjuntos. Adicionalmente, calculamos o g de Hedges para estimar o tamanho do efeito.

Tabela 9 – Comparação dos escores entre os grupos de HD e DP

Categoria	HD média	DP média	Diferença	t	p	q FDR-BH	Hedges g
SF-12 Físico	40,24	38,26	-1,975	-0,641	0,526	0,574	-0,212
SF-12 Mental	50,68	49,15	-1,537	-0,568	0,574	0,574	-0,186
KDCS	73,08	79,82	6,745	2,088	0,045	0,136	0,695

Fonte: Elaboração própria (2025)

Em uma análise exploratória, considerando o p-valor sem ajustes, ambos os componentes físico e mental apresentaram diferenças pequenas e sem significância estatística. Já o KDCS apresenta diferença relevante, com g de Hedges de aproximadamente 0,69 – e estatisticamente significativa considerando um grau de significância de 5%. Vale comentar que a diferença perde parte da significância estatística quando ajustada por múltiplas amostras (FDR-BH). Dessa forma, os dados sugerem que nessa amostra, aspectos subjetivos ligados à vivência e cuidados favoreceram o resultado da diálise peritoneal – embora não tenham influenciado em ganho nos aspectos físicos e mentais.

Como comparação, a Tabela 10 mostra os resultados obtidos na meta-análise.

Tabela 10 – Resultado dos escores obtidos na meta-análise nos grupos de HD e DP

Categoria	HD média	DP média	Diferença	p
SF-12 Físico (PCS)	39,26	42,1	-2,84	0,003
SF-12 Mental (MCS)	46,79	47,97	-1,18	0,251
KDCS	60,52	59,61	0,91	0,923

Fonte: Adaptada de Raofi S, *et al.* (2023)

A comparação entre o estudo atual e meta-análise revela convergência no aspecto mental, pois, em ambos os casos, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de hemodiálise e diálise peritoneal. Já no aspecto físico, a meta-análise aponta para um leve ganho, porém estatisticamente robusto, para a diálise peritoneal, porém esse resultado não é reproduzido na amostra do atual estudo. Já no KDCS, a divergência foi maior: a meta-análise não encontra diferença, enquanto nossos dados indicam vantagem da diálise peritoneal, com efeito relevante – embora não estatisticamente significante quando ajustado por amostras. Vale comentar que, em ambos os casos, o erro-padrão dessa categoria é significativamente superior ao encontrado nos componentes físicos e mentais.

Vale também explorar quais aspectos levaram a tal resultado superior da diálise peritoneal. Nos dados coletados, três domínios mostraram vantagens significativas para a DP: “Satisfação do paciente” (+13,94), “Sobrecarga da doença renal” (+19,49) e “Encorajamento da equipe” (+13,24). Esses ganhos, plausíveis clinicamente pela maior autonomia e adequação da rotina da DP, além de uma percepção possivelmente mais positiva da equipe e do cuidado, superaram perdas em outros aspectos, como “Sono” (-12,67) e “Função cognitiva” (-5,73).

5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que, na amostra analisada, a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com Doença Renal Crônica em terapia dialítica apresenta um perfil complexo, que dialoga com a literatura

internacional, ao mesmo tempo que revela particularidades do contexto local estudado.

De maneira mais notável, houve diferença significativa de efeito considerável no KDCS – Componente da Doença Renal, em favor do grupo da diálise peritoneal. No grupo analisado, essa superioridade estatística é possivelmente explicada pela especialização da clínica “Diaverum” como um centro de longa-data na aplicação da diálise peritoneal. É possível, dessa forma, que a flexibilidade e autonomia no autocuidado proporcionado por essa metodologia tenham se sobressaído nesta amostra. Em contraste, a hemodiálise impõe uma rotina mais rígida para os pacientes – resultado esse também refletido nos dados coletados - como no aspecto “Situação de Trabalho”.

Especificamente em relação ao trabalho, embora a DP tenha se sobressaído em relação à HD – muito provavelmente devido à maior autonomia propiciada por essa modalidade de tratamento – ambos os grupos obtiveram escores notavelmente baixos nesse quesito. Ou seja, na amostra estudada, ambas as modalidades acabaram por afastar o indivíduo do mercado de trabalho.

Em “Sobrecarga da doença renal”, por exemplo, o grupo em DP apresentou cerca de 19,5 pontos a mais que o grupo em HD. Esse resultado é coerente com a lógica da terapia domiciliar, pois ao evitar deslocamentos obrigatórios à clínica, a DP tende a interferir menos no cotidiano do paciente, principalmente aqueles cuja moradia se encontra distante da clínica ou aqueles que são dependentes de transporte público. A possibilidade de adaptar o tratamento aos horários e às demandas da própria rotina favorece a continuidade de atividades laborais, sociais e familiares, propiciando ao paciente a sensação de liberdade e controle sobre sua própria vida.

O subdomínio de “Encorajamento da equipe” também apresentou vantagem significativa da DP em relação à HD – embora, nesse caso, ambas tenham obtido excelentes resultados. A dominância da diálise peritoneal nesse contexto pode possivelmente ser explicada pelo contato mais próximo e individualizado dos pacientes com a equipe médica, gerando inclusive um maior sentimento de gratidão e pertencimento. Esse resultado, embora

encorajador e de relevância para a avaliação da clínica e sua importância na satisfação dos pacientes, deve ser interpretado com cautela, visto que esse tópico específico possui claro “efeito-teto”, tal qual discutido posteriormente.

Por outro lado, um subdomínio em que a diálise peritoneal se mostrou menos vantajosa foi em relação ao sono. Aqui, podemos criar a hipótese que o uso de cicladoras noturnas causa distúrbios sonoros por seus ruídos associados, desconforto abdominal relacionado ao volume de dialisato, incômodo associado ao cateter e impedimento de se manter em algumas posições durante o sono. Embora no subdomínio de “Função Cognitiva” o grupo de DP também tenha obtido escores mais baixos, é possível que parte desse resultado seja explicado, em parte ou completamente, pela diferença da composição etária entre os dois grupos – com o grupo da memodiálise apresentando, na média, pacientes mais jovens.

Quando comparamos nossos dados com a meta-análise global de Raofi et al. (2023)¹³, chama atenção o fato de que a amostra da nossa pesquisa apresenta escores de qualidade de vida sistematicamente superiores aos valores globais, especialmente no KDCS (DP local: 79,82 vs DP global: 59,61; $p = 0,034$). Esse desempenho acima da média pode refletir a eficácia de práticas locais de humanização do cuidado médico e apoio social e familiar, tradicionalmente fortes no contexto brasileiro. Isso se alinha aos elevados escores de “Apoio social” e “Qualidade das interações” encontrados em ambos os grupos. No entanto, é importante reconhecer a possibilidade de viés de seleção: foram excluídos pacientes com comprometimento cognitivo grave ou instabilidade clínica importante, restringindo a amostra aos indivíduos com melhor condição geral, capazes de responder ao questionário de forma mais consistente.

Vale ressaltar algumas limitações metodológicas relacionadas aos dados e possíveis conclusões. Primeiramente, o pequeno tamanho da amostra leva a um poder estatístico limitado - especialmente na detecção de diferenças sutis. Além disso, levando em consideração o número de participantes, qualquer *outlier* em ambos os grupos representa parcela significativa do todo. Ademais, o desenho transversal do presente trabalho não permite a detecção da evolução dos pacientes de cada um dos grupos - uma variável essencial na

avaliação dos métodos de tratamento. Dessa forma, pode haver um viés de seleção relevante, dado que pacientes com mais autonomia, por exemplo, podem ter maior propensão a serem encaminhados para DP. Isso é exacerbado dado que o estudo é unicentro.

Em alguns domínios, é possível observar a presença de “efeito-teto”, sendo particularmente notável no item “Encorajamento da equipe”, em que se notaram resultados elevados, sobretudo no grupo de diálise peritoneal, que teve média de 100 e desvio-padrão de 0. Além disso, deve-se levar em consideração que fatores externos percebidos como relacionados com os escores, tais como idade, comorbidades e condição social podem ser heterogêneos na composição dos grupos e, dessa forma, explicar parte ou toda a diferença observada. Por fim, a condução de testes clínicos adicionais poderia levar a resultados com viés menos subjetivo, tornando a análise possivelmente mais assertiva.

Levando em consideração os dados obtidos, a indicação da modalidade dialítica não deve ser unicamente baseada em critérios técnicos ou em fatores logísticos. É fundamental adotar uma abordagem centrada no paciente, que leve em conta seu perfil psicossocial, suas preferências, sua capacidade de autocuidado e as redes de apoio social e familiar. Para indivíduos que valorizam autonomia e conseguem contar com apoio adequado para a o manejo da terapia domiciliar, a DP se apresenta como uma opção particularmente interessante, porém sempre levando em conta a minimização de fatores que causem distúrbios do sono. Já para pacientes que demandam vigilância mais próxima, têm limitações cognitivas, motoras ou não dispõem de rede de apoio para o cuidado em casa, a HD permanece como a alternativa mais indicada.

6 CONCLUSÃO

Este estudo atingiu o objetivo de comparar a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal, mostrando que a escolha da modalidade impacta dimensões diferentes da vida do paciente.

A partir da análise dos dados obtidos através dos questionários, notou-se, para essa amostra específica, pouca diferença nos escores relacionados à

saúde física e mental dos pacientes. Uma observação alinhada com a encontrada em meta-análises globais. Por outro lado, em relação a aspectos relacionados ao manejo da doença renal e efeitos nas rotinas e vida dos pacientes, notou-se diferença estatisticamente significativa privilegiando o grupo da DP – fato esse específico desta amostra, não verificado na meta-análise citada.

Apesar de relativa incerteza devido ao tamanho limitado da amostra, a heterogeneidade das respostas revela a importância de elevado grau de cuidado na seleção da modalidade de tratamento adequada para cada caso.

Como refinamento para trabalhos futuros, sugere-se a utilização de uma amostra maior e mais heterogênea, preferencialmente avaliando pacientes de diversas clínicas de diálise, no invés da abordagem unicentro. Além disso, o controle na análise estatística por fatores como idade, comorbidades e tempo de diálise - assim como o uso de abordagens longitudinais - trariam mais assertividade nas avaliações de cada um dos métodos de tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Chronic kidney disease [Internet]. Washington, DC: **Pan American Health Organization**; 2023 [acesso em 31 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/chronic-kidney-disease/>.
- 2 MARINHO, A. W. G. B. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática de literatura. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 379-388, jul./set. 2017. doi: 10.1590/1414-462X201700030134.
- 3 VAIDYA, S. R.; AEDDULA, N. R. Chronic kidney disease. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; jan. 2024. Citado em: PubMed; PMID 30571025.
- 4 ANDREOLI, M. C. C.; TOTOLI, C. Peritoneal dialysis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, supl. 1, p. S37-S44, jan. 2020. doi: 10.1590/1806-9282.66.S1.37.
- 5 NIANG, A.; IYENGAR, A.; LUYCKX, V. A. Hemodialysis versus peritoneal dialysis in resource-limited settings. **Current Opinion in Nephrology and Hypertension**, v. 27, n. 6, p. 463-471, nov. 2018. doi: 10.1097/MNH.0000000000000455.
- 6 BELLO, A. K. et al. Epidemiology of peritoneal dialysis outcomes. **Nature Reviews Nephrology**, v. 18, n. 12, p. 779-793, dez. 2022. doi: 10.1038/s41581-022-00623-7.
- 7 MATOS, E. F.; LOPES, A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. esp. 1, p. 569-571, jan. 2009. doi: 10.1590/S0103-21002009000800025.
- 8 TANNOR, E. K. et al. Quality of life in patients on chronic dialysis in South Africa: a comparative mixed methods study. **BMC Nephrology**, v. 18, n. 1, p. 4, jan. 2017. doi: 10.1186/s12882-016-0425-1.
- 9 WANG, W. N. et al. Effect of peritoneal dialysis versus hemodialysis on renal anemia in end-stage renal disease patients: a meta-analysis. **Renal Failure**, v. 39, n. 1, p. 59-66, nov. 2017. doi: 10.1080/0886022X.2016.1244079.
- 10 ALJENAI, H. et al. Quality of life in hemodialysis versus peritoneal dialysis patients in Bahrain. **Cureus**, v. 15, n. 11, e49408, nov. 2023. doi: 10.7759/cureus.49408.
- 11 BAVANANDAN, S. et al. Budget impact analysis of peritoneal dialysis versus conventional in-center hemodialysis in Malaysia. **Value in Health Regional Issues**, v. 9, p. 8-14, maio 2016. doi: 10.1016/j.vhri.2015.06.003.
- 12 DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)” in Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 2, p. 261-270, 2005.
- 13 RAOOFI, S. et al. Hemodialysis and peritoneal dialysis–health-related quality of life: systematic review plus meta-analysis. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 13, n. 4, p. 365-373, dez. 2023. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003182.