

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
(2ª EDIÇÃO)

QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA
HEMODIALISADA

Lília Marisa Dias Bastos

Trabalho realizado no âmbito do Relatório Final do
Curso de Mestrado em Enfermagem de
Reabilitação, apresentado à Escola Superior de
Saúde de Viseu sob orientação de:

Prof. Helena Moreira

Viseu

Março, 2012

RESUMO

Objetivo: Este artigo pretende descrever e comparar a perceção da qualidade de vida das pessoas insuficientes renais crónicas terminais submetidas a hemodiálise.

Métodos: Foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo e transversal, utilizando como instrumento de colheita de dados o KDQOL-SF constituído por uma medida genérica de saúde – o SF-36 e uma específica deste quadro clínico – o ESRD, numa amostra de 109 pessoas hemodialisadas na Diaverum – Unidade de Aveiro. As respostas foram avaliadas em 19 dimensões.

Resultados: Dos participantes estudados, a maioria era do sexo masculino (58,7%), com idade superior a 55 anos (54,1%), casados (72,5%), reformados / pensionistas / desempregados (75,3%) e com um nível de instrução correspondente à 4^a classe ou inferior (56%). A maior parte dos doentes teve uma admissão ao tratamento programada (82,6%), apresentam complicações relacionadas com a hemodiálise (88%) e não sabem ou não respondem sobre a etiologia da IRC (70%).

Conclusão: As dimensões que mais interferem na qualidade de vida destas pessoas, permitem refletir sobre a necessidade de intervenções mais planeadas, otimizando os cuidados prestados, permitindo um viver com mais qualidade.

Palavras-chave: Insuficiência Renal; Hemodiálise; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Objective: This paper aims to describe and compare the perception of quality of life of terminal chronic renal failure undergoing hemodialysis.

Methods: We developed a descriptive study, quantitative and cross, using as an instrument of data collection the KDQOL-SF consists of a generic measure of health - the SF-36 and a specific clinical picture of this - the ESRD, a sample of 109 people undergoing hemodialysis treatment in Diaverum - Unit of Aveiro. The responses were evaluated in 19 dimensions.

Results: Of the study participants, most were male (58,7%), aged 55 years and over (54,1%), married (72,5%), retired / pensioners / unemployed (75,3%) and a corresponding level of education the 4th grade or less (56%).

Most patients have an admission to the treatment schedule (82,6%) present complications related to the hemodialysis (88%) and does not know the etiology of CRF (70%).

Conclusion: The dimensions that most affect the quality of life of these people, let consider the need for more planned interventions, optimizing the care provided, enabling a higher quality living.

Keywords: Renal Failure, Hemodialysis, Quality of Life

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE QUADROS.....	11
ÍNDICE DE TABELAS	13
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	15
1- INTRODUÇÃO	15
2- INSUFICIÊNCIA RENAL	19
2.1 – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL	20
2.1.1 - Transplante Renal	22
2.1.2 – Diálise	23
2.1.2.1 - Diálise Peritoneal (DP).....	23
2.1.2.2 - Hemodiálise.....	23
2.2 - QUALIDADE DE VIDA.....	25
2.2.1 – Qualidade de vida da pessoa hemodialisada.....	26
3- METODOLOGIA	31
3.1 – TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
3.3 - OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO	31
3.4 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	32
3.5 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	32
3.6 - VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	33
3.6.1 - Variável Dependente.....	33
3.6.2 - Variáveis Independentes.....	33
3.7 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	33
3.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	35
4- RESULTADOS.....	37
4.1 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	50
5 – CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICE I.....	59
APÊNDICE II.....	65
APÊNDICE III.....	71
ANEXO I.....	75

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Representação do número de questões por dimensão do KDQOL-SF	35
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra.....	37
Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra	39
Tabela 3 - Perceção da qualidade de vida em relação à idade	40
Tabela 4 - Perceção da qualidade de vida em relação ao estado civil.....	41
Tabela 5 - Perceção da qualidade de vida em relação ao género	42
Tabela 6 - Perceção da qualidade de vida em relação à situação profissional.....	43
Tabela 7 - Perceção da qualidade de vida em relação às habilitações literárias	44
Tabela 8 - Perceção da qualidade de vida em relação ao nível socioeconómico	45
Tabela 9 - Perceção da qualidade de vida em relação à composição do agregado familiar .	46
Tabela 10 - Perceção da qualidade de vida em relação à admissão em hemodiálise	47
Tabela 11 - Perceção da qualidade de vida em relação ao tempo em hemodiálise	48
Tabela 12 - Perceção da qualidade de vida em relação às complicações	49

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diárias

CVC – Cateter Venoso Central

FAV – Fístula arteriovenosa

HTA – Hipertensão Arterial

IR - Insuficiência Renal

IRC – Insuficiência Renal Crônica

IRCT – Insuficiência Renal Crônica Terminal

QDV – Qualidade de Vida

1- INTRODUÇÃO

O número de pessoas com patologias crónicas tem apresentado um crescimento significativo ao longo dos últimos anos, consequência do envelhecimento da população e do avanço das técnicas científicas.

As doenças crónicas têm recebido grande atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas, consequência do importante papel que desempenham nas taxas de morbilidade e de mortalidade na população mundial.

A qualidade de vida de pessoas portadoras das patologias crónicas, foi por muito tempo, avaliada exclusivamente em termos de sobrevida e sinais da presença da doença, sem considerar as suas consequências psicossociais e as do tratamento (DUARTE, 2003).

Entre estas patologias, destaca-se a Insuficiência Renal Crónica, considerada um problema de saúde pública. Está associada a problemas sociais, económicos e a grandes gastos em saúde. Estima-se que em Portugal existam cerca de 500 a 800 mil pessoas com algum grau de compromisso da função renal, não estando grande parte delas identificadas. Os insuficientes renais passam por várias fases, no entanto apresentam-se sintomáticos apenas quando a patologia está num estadio muito avançado e irreversível.

A última fase deste processo da doença tem um impacto profundo nos doentes e família, impõe grandes alterações nas atividades de vida diárias, provocando alterações físicas, psicológicas e sociais. A hemodiálise é o tratamento de eleição, mas requer deslocações a um centro 4 a 6 horas por dia, 3 vezes por semana.

Ao trabalhar com este tipo de utentes, pela relação que estabelecem com os profissionais de saúde, tem-se a perceção que necessitam de muito mais do que a administração do tratamento, tem-se a perceção que aqueles utentes apresentam limitações físicas, psicológicas e sociais que interferem na qualidade de vida.

Sendo portanto, a qualidade de vida, uma entidade multidimensional, a sua avaliação não pode ser restringida a mensuração dos resultados obtidos com o tratamento e intervenções médicas, deve englobar o impacto que a doença e o tratamento representam nas diferentes dimensões do individuo.

Como profissionais de saúde, temos o dever e obrigação de estabelecer uma relação de ajuda com o indivíduo, colaborando num processo de readaptação à sua nova condição, centrado nas suas vivências (SÁ e CORDEIRO, 2008).

Com base no conhecimento desta realidade e por exercer funções numa Unidade de Hemodiálise, optou-se por desenvolver o Relatório Final do CMER 2ª edição nesta área.

Os objetivos principais são:

- Avaliar a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida das pessoas hemodialisadas, envolvendo as diferentes dimensões: física, psicológica, social e laboral.
- Determinar se as variáveis sociodemográficas influenciam na perceção da QDV da pessoa hemodialisada.
- Verificar se as variáveis clínicas influenciam na perceção da QDV da pessoa hemodialisada.

A justificação do presente estudo prende-se com o facto de existir em Portugal uma grande escassez de investigação desenvolvida na área da qualidade de vida de pessoa hemodialisadas.

Este trabalho encontra-se dividido em três grandes partes: uma breve revisão da literatura subjacente ao tema, a metodologia utilizada onde consta uma descrição detalhada de como o estudo foi conduzido, e finalmente a discussão dos dados, referenciando outros estudos desenvolvidos.

Para a elaboração do enquadramento teórico recorreremos a alguns livros científicos e revistas periódicas, bem como a artigos de investigação relacionados com o tema.

Salientamos a escassez de trabalhos de investigação feitos em Portugal, que relacionam a qualidade de vida com a pessoa hemodialisada. Vimo-nos obrigados a recorrer a estudos realizados noutros países, cientes das diferenças que possam existir entre as populações.

Foi solicitada autorização ao Diretor Clínico da Diaverum, Unidade de Aveiro, para o desenvolvimento desta investigação no Centro de Hemodiálise.

Durante o processo de colheita de dados, após autorização dos responsáveis pela validação da escala, foi aplicada o KDQOL-SF (Kidney Disease Quality of Life), instrumento específico de avaliação da qualidade de vida para doentes com insuficiência renal em diálise, da autoria de Hays et al em 1997 e bastante difundido por vários países, validado para a população portuguesa por Pedro Ferreira e Eugénia Anes no ano de 2010.

A colheita de dados tornou-se um processo relativamente simples na medida em que pudemos contar com a colaboração de quase todos os utentes a quem foi solicitada.

2- INSUFICIÊNCIA RENAL

A insuficiência renal consiste na perda lenta progressiva e irreversível da função renal, com redução do ritmo de filtração glomerular por um período de três meses ou mais, independentemente do diagnóstico (BARROS et al., 2007, p.424).

Estima-se que em Portugal entre 500 a 800 mil pessoas tenham algum grau de compromisso da função renal, não estando, a maior parte delas identificadas (NOLASCO, 2009, p.1).

Ao contrário da insuficiência renal aguda, em que pode ocorrer uma recuperação completa da função renal, na insuficiência renal crónica (IRC) os rins estão lesados permanentemente. Os utentes com esta patologia são submetidos durante anos a restrições alimentares, entre outras, no entanto torna-se inevitável, com o passar do tempo, a introdução de uma terapia de substituição renal.

A doença renal crónica é comum e é considerada atualmente, um problema de saúde pública (KIRSZTAJN; BASTOS; ANDRIOLO, 2011 p.100).

Segundo os autores supracitados a IRC é atualmente classificada em 5 estadios, dependendo do grau da função renal.

Estadio 1 – Lesão renal com função renal normal.

Estadio 2 – Insuficiência renal leve

Estadio 3 – Insuficiência renal moderada

Estadio 4 – Insuficiência renal severa

Estadio 5 – Insuficiência renal terminal ou dialítica (IRCT)

A identificação da população em risco pode se determinada por análises laboratoriais simples, o diagnóstico nesta fase é importante, visto que o tratamento adequado é capaz de reduzir a velocidade de progressão para IRCT, de corrigir as complicações da doença e prevenir a evolução precoce para o óbito (MIDDLETON; PUN, 2010, p.753). À medida que os anos passam, a doença vai evoluindo e as lesões podem tornar-se irreversíveis (NOLASCO, 2009, p. 4).

É importante referir que a doença, em geral, é silenciosa nos estadios iniciais, no entanto os sintomas começam a manifestar-se após perda de 50% da função e são

inespecíficos, manifestam-se comumente por: Anemia, Hipertensão Arterial, náuseas, vômitos, edema dos olhos e pés, alterações na eliminação vesical e alterações na coloração da urina (KIRSZTAJN; BASTOS; ANDRIOLO, 2011, p.3).

A diabetes e a hipertensão arterial são identificadas como principais causa de insuficiência renal crónica, cerca de 31% e 17% dos casos, respectivamente (NOLASCO, 2009, p.1).

O Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal, revelou que em 2009 existiam 905.035 portugueses entre os 20 e os 79 anos de idade com diabetes mellitus tipo 2. Destes, cerca de 400 000 (43,6% do total) não sabiam que eram portadores desta doença crónica.

Para Nolasco (2009, p.1) o mau controlo da diabetes é um dos grandes fatores de risco para a progressão da doença renal.

Também a glomerulonefrite, a pielonefrite, o rim poliquístico, a e doença renovascular são causas frequentes da insuficiência renal crónica (ANSELL; FEEST, 2000 apud THOMAS; JEFFREY, 2005, p.65).

2.1 – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

Apesar das restrições alimentares, hídricas e terapêutica prescrita, os rins vão perdendo progressivamente a sua função tornando-se ineficazes no desempenho desta.

Nesta fase da doença é obrigatório ponderar submeter o doente a terapia de substituição da função renal (Diálise ou Transplante), uma vez que os sinais, sintomas, dados clínicos e laboratoriais assim o determinam.

Infelizmente, poucos doentes são seguidos em consultas de nefrologia no período de declínio progressivo da função renal, até ao estadio terminal. Aparentemente, os utentes que têm um período para se adaptar, durante alguns meses ou anos, à perspectiva de que a diálise ou o transplante se tornarão necessários ajustam-se mais suavemente ao tratamento.

Com raras exceções, quanto mais informação e preparação puder ser dada, melhor os doentes serão capazes de se adaptar à nova realidade, sobretudo se os conhecimentos adquiridos permitirem escolher a modalidade de tratamento que melhor se adapte as circunstâncias específicas (BRADLEY; MCGREE, 1994 apud TOMAS; JEFFREY, 2005 p. 81).

Este é também o período de eleição para programação de construção de um acesso venoso definitivo para diálise, na maioria das vezes a construção de FAV (Fístula

Arteriovenosa). A criação cirúrgica do acesso é um sinal inequívoco de que a diálise está iminente, é também, por isso, a altura ideal para a preparação psicológica final.

A decisão do momento exato para o início de tratamento foi subjetivo durante muitos anos.

Em 1995, a National Kidney Foundation (NKF) norte-americana lançou um programa oficial denominado Dialysis Outcomes Quality Initiative (DOQI), com o objetivo de melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes em diálise (BARROS et al, 2007, p.425).

Em 2000, as diretrizes foram ampliadas e passaram a cobrir também aspetos relacionados com os cuidados que antecedem o tratamento dialítico. Estas diretrizes fazem parte de um programa denominado Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) (BARROS et al, 2007, p.425).

De acordo com o K/DOQI recomenda-se iniciar com terapia dialítica quando a função residual medida em Kt/V renal for menor que 2,0 por semana, o equivalente a uma depuração renal de ureia de 7 ml/min e uma depuração renal de creatinina entre 9 e 14 ml/min/1,73 m². Além dos critérios laboratoriais, recomenda-se que sinais ou sintomas de uremia também sejam monitorizados. Do mesmo modo, a avaliação nutricional destes utentes, é de grande importância. Indicadores nutricionais como medidas antropométricas, albumina sérica e avaliação global do estado nutricional devem ser considerados na decisão e iniciar tratamento dialítico crónico.

Também a idade limite para início de tratamento era controversa. Na década de 80, a adaptação da pessoa idosa à diálise foi muito estudada, tanto nos EUA como na Europa. Diversos autores chegaram à conclusão que não há razão para se estabelecer qualquer limite de idade para aceder ao tratamento, e que muitos doentes na sua oitava ou nona década de vida conseguem uma boa qualidade de vida (THOMAS; JEFFREY, 2005, p. 80).

Os utentes idosos habitualmente adaptam-se mais facilmente. No caso de doentes mais novos os efeitos podem ser particularmente profundos e devastadores, envolvendo todos os projetos de vida, incluindo perspectivas de carreira profissional, casamento e filhos (THOMAS; JEFFREY, 2005, p.81).

Segundo o Relatório Anual do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), no ano de 2010 iniciaram terapia de substituição da função renal 2510 doentes. Segundo a mesma fonte existiam em Portugal 16 764 doentes em tratamento: 60,4% hemodiálise, 35,6% transplantados (dos quais 573 transplantados no referido ano) e 4% em Diálise Peritoneal.

2.1.1 - Transplante Renal

O transplante renal é, para a maioria dos utentes em diálise, o objetivo de vida a nível da saúde. Quase todos os estudos de qualidade de vida mostram que um transplante bem sucedido oferece a hipótese de viver uma vida quase normal e está associado a melhor perceção de satisfação com a vida.

No entanto, estes utentes têm pela frente um longo caminho de adaptação física e psicológica que se torna complicado na maioria das vezes. Para além da toma prolongada de imunossuppressores com todos os efeitos secundários, e da ida regular a consultas, existe a consciência de “um órgão estranho” no organismo, ao qual têm de se adaptar.

Existe também a hipótese do enxerto ser rapidamente rejeitado, o que provoca uma decepção. Vários estudos demonstram que o doente cujo enxerto é rapidamente rejeitado, aceita e recupera mais facilmente do que o utente que vive alguns meses ou anos com um novo rim antes de regressar à diálise. (TOMAS; JEFFREY, 2005, p.105).

É frequentemente referido por estes doentes que nunca deveriam ter aceite o transplante, existindo mesmo, alguns doentes que recusam integrar novamente a lista pré transplante. Alguns utentes mesmo integrando a lista, recusam o transplante quando são chamados para realizar a cirurgia.

Esta poderá ocorrer de um dador vivo ou colhido de cadáver. Até há pouco tempo a transplantação de dador vivo, em Portugal, só era permitida entre pais e filhos ou irmãos, atualmente a transplantação entre conjugues também é permitida.

Desde 1980, em Portugal, já foram realizados mais de 9000 transplantes renais. Os números dos últimos anos colocam o país na liderança da transplantação renal a nível mundial. (MACÁRIO, 2011, p.4)

De acordo com os registos da Sociedade Portuguesa de Transplantação a idade média dos doentes transplantados tem vindo a aumentar, no entanto, este não é um fator impeditivo de uma melhoria da sobrevida do enxerto, também a taxa de rejeições agudas tem apresentado uma descida constante e muito significativa. (MACÁRIO, 2011, p.6)

Durante o ano de 2010, em Portugal, foram realizados 573 transplantes, 58,4% doentes do sexo masculino e 41,6% do sexo feminino, 51 dos transplantes correspondem a órgãos obtidos de dadores vivos. (NOLASCO, 2011, p.4)

Segundo registos da APIR (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais), de Janeiro a Novembro de 2011 foram transplantados 457 doentes de dador cadáver e 44 doentes de dador vivo.

Não existem dúvidas que o transplante renal é o tratamento de 1ª linha para muitos doentes, o que, em geral, permite uma melhor qualidade de vida que a diálise (THOMAS; JEFFREY, 2005, p. 23).

2.1.2 – Diálise

Diálise deriva da palavra grega Diálysis (separação / dissolução), é a técnica de filtração para suprir a função renal em situações em que a sua insuficiência não permite a eliminação de substâncias tóxicas do organismo.

Engloba Diálise Peritoneal e Hemodiálise.

2.1.2.1 - Diálise Peritoneal (DP)

A Diálise peritoneal surgiu no final dos anos 70 e é uma técnica de depuração extra-renal que utiliza o peritoneu como membrana dialisante, baseado na infusão e drenagem de uma solução estéril na cavidade peritoneal através de um cateter intra-abdominal (GREENBERG, 2005, p.477).

Esta modalidade tem a vantagem de ser realizada no domicílio o que permite ao utente estar em contacto com a família, não tendo necessidade de se deslocar a um centro de hemodiálise, de 4 a 6 horas três vezes por semana, e permite também manter uma qualidade de vida pessoal e profissional mais estável.

As grandes desvantagens prendem-se com o facto de que é necessário uma grande responsabilidade por parte do utente e família para a realização da técnica no domicílio, aceitação dessa responsabilidade e inúmeros cuidados com o acesso.

O acesso para DP (cateter intra-abdominal) deve ser realizado, no mínimo, 15 dias antes do início da técnica. Em situações excepcionais, pode o acesso ter uso imediato para indução urgente de diálise peritoneal (NOLASCO, 2011 p.4).

Existem várias modalidades de Diálise Peritoneal manual ou automatizada, prescrita de acordo com as características e necessidades do doente. A descrição destas modalidades não se revela pertinente neste estudo.

2.1.2.2 - Hemodiálise

Hemodiálise é atualmente definida como sendo a técnica de depuração extra-renal que utiliza membranas dialisantes artificiais semipermeáveis. (BRIAN; MOHAMED; WILLIAM, 2000, p.3)

Thomas Graham (químico escocês) usou pela 1ª vez o termo “diálise” numa experiência realizada com animais, em 1854. (GRAHAM, 1854 apud THOMAS; JEFFREY, 2005, p.2)

A primeira diálise feita num ser humano foi realizada na segunda metade dos anos 20 pelo médico alemão Georg Haas em Giessen. No entanto, por falta de apoio da parte do hospital e dos colegas acabou por desistir (THOMAS; JEFFREY, 2005, p.3).

Na década de 30 foram descobertos outros materiais e fármacos até então desconhecidos e em 1944 Willem Kolff construiu um dialisador que lhe assegurou superfície suficiente para a sua primeira tentativa de diálise humana. A primeira diálise bem-sucedida data de Janeiro de 1948 (THOMAS; JEFFREY, 2005, p.5).

Ao longo dos anos a técnica foi-se aperfeiçoando, destacando-se os avanços terapêuticos nesta área, nomeadamente na qualidade dos materiais e das técnicas e na maior tolerância dos utentes ao tratamento.

De acordo com NOLASCO (2009, p.1), o panorama de hemodiálise em Portugal mudou radicalmente. Há cerca de 30 anos atrás, os utentes eram enviados para Espanha ou França. Hoje em dia, Portugal já dispõe de uma cobertura de centros de HD suficientes para dar resposta aos utentes.

O uso desta terapia de substituição da função renal implica que o utente se desloque a um centro de hemodiálise habitualmente três vezes por semana num período de quatro a seis horas.

A manutenção de um bom acesso venoso para HD contribui para uma melhor eficácia dialítica e conseqüentemente para um aumento da sobrevida e qualidade de vida destes doentes. A FAV (Fístula arteriovenosa) é o acesso de eleição sempre que possível, no entanto, muitas vezes é necessário recorrer a Próteses ou CVC (Cateter Venoso Central). O património vascular destes utentes encontra-se muitas vezes deteriorado, conseqüência de anos com HTA Diabetes ou outras patologias não controladas.

A nefropatia diabética e a hipertensão continuam a ser as principais causas de IRCT em HD, dos 10 140 doentes em tratamento de hemodiálise no ano de 2010 em Portugal, 33,6% tinham como etiologia a diabetes e 15,5% a hipertensão arterial (NOLASCO, 2011, p.1).

A adaptação do doente a um programa de HD é um processo complexo e exigente. Para além da adaptação no domicílio ao plano alimentar, restrição hídrica, cuidados com o acesso venoso, entre outros, o doente sofre muitas vezes complicações intradialíticas difíceis de suportar. As câibras, hipotensão e vômitos são os sintomas mais frequentes.

Os doentes crónicos em hemodiálise distinguem-se por serem confrontados diariamente com o facto de que a sua vida só é possível graças a um profundo conhecimento científico aliado a uma alta tecnologia, contudo mesmo com o avanço da tecnologia e apesar das inovações, as práticas dialíticas provocam profundas alterações físicas, psicológicas e sociais que inevitavelmente interferem nas atividades da vida diária dos indivíduos e famílias e conseqüentemente na qualidade de vida deste indivíduo.

Para Kirschenbaum (1991) e Collier e Watson, (1994), apud (ANES e FERREIRA, 2009, p. 67) esta condição de saúde provoca drásticas alterações nas atividades de vida diária, sendo uma das doenças mais exigentes, quer pela agressividade do tipo de tratamento, quer pela sua necessária continuidade.

Apesar do tratamento de HD prolongar a vida dos doentes com IRCT, a cronicidade desta patologia é tão complexa e extensa que proporciona aos utentes uma rotina restrita, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional (LAW, 2002, apud KRUG, 2008, p.2)

As dimensões da qualidade de vida como, atividade física, capacidade funcional, vitalidade, dor, limitação física são as mais afetadas entre os doentes em hemodiálise. (KRUG, 2008; SANTOS, 2006; Castro et al, 2003). Estas limitações comprometem inevitavelmente o desempenho de atividades de vida diárias, transformando-o num processo complexo.

2.2 - QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é um termo comumente usado na linguagem do dia-a-dia e no contexto da pesquisa científica, em diferentes áreas.

É um conceito complexo, ambíguo, difere de cultura para cultura e de indivíduo para indivíduo, estando diretamente relacionado com a percepção que cada indivíduo tem de si próprio, dos outros e do mundo que o rodeia.

Foi usado pela primeira vez em 1964 por Lyndon Johnson, e a partir daí vários estudiosos foram refletindo sobre o conceito. A partir dos anos oitenta considerou-se que este envolvia diferentes perspectivas, entre elas a biológica, psicológica, cultural e económica, ou seja, era um conceito multidimensional (LEAL, 2008, p.4).

Em 2005, PAIS RIBEIRO refere-se a qualidade de vida como um conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspetos de bem-estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar atividades com segurança e com o máximo aproveitamento possível da energia de cada um. (LEAL, 2008, p.4)

Quando tentamos estudar a qualidade de vida associada à saúde, é usada como indicador para avaliar a eficiência, a eficácia e o impacto de alguns tratamentos aplicados.

A OMS em 1997 definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". No entanto, (LEAL, 2008, p.5) num estudo desenvolvido com a finalidade de reavaliar o conceito de qualidade de vida, propõe uma definição mais abrangente,

“Qualidade de vida é o resultado da soma do meio ambiente físico, social, cultural, espiritual e económico onde o indivíduo está inserido, dos estilos de vida que este adopta, das suas acções e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro” (LEAL, 2008, p.18).

É no âmbito das doenças crónicas que se tem verificado um maior interesse em avaliar a QDV. A importância da conceptualização deste conceito está intimamente ligada à evolução das doenças prolongadas e à expectativa de vida, consequência do progresso tecnológico da medicina. (FLECK, 2008, p.22)

Nas últimas décadas surgiram centenas de instrumentos para avaliar a qualidade de vida, muitos deles relacionados com a saúde e alguns específicos para cada patologia, dos quais destacamos o KDQOL-SF, versão Portuguesa do instrumento de medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos.

2.2.1 – Qualidade de vida da pessoa hemodialisada

Avaliar a qualidade de vida é um processo complexo, as patologias crónicas têm recebido especial atenção por parte das equipas multidisciplinares dos profissionais de saúde, (MATOS e LOPES, 2009, p.12) a doença renal crónica, especificamente, tende a ser considerada uma pandemia (ARAÚJO, PEREIRA e ANJOS, 2009 p.4) e um problema de saúde pública, responsável por elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.

A qualidade de vida dos pacientes renais crónicos submetidos à hemodiálise está comprometida em todos os aspetos, principalmente no estado geral de saúde, vitalidade e aspetos emocionais (COUTINHO, et al, 2010 p.16).

Muitos autores são da opinião que o reconhecimento da importância de relacionar diferentes variáveis de saúde com a qualidade de vida, contribui para uma melhor prestação de cuidados de saúde ao utente, devendo, por isso, ser considerada na investigação, na prática clínica e na tomada de decisão. (NEVES, 2000, apud FERREIRA; ANES, 2010 p.36).

Segundo registos da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em 2010 a população masculina em hemodiálise constituía 58,7% contra 41,3% feminina, com uma média de idade de 66 anos, valor que tem aumentado nos últimos anos, consequência do envelhecimento da população.

ANES e FERREIRA (2009) concluíram que mais de 50% dos doentes em hemodiálise apresentavam patologias associadas e cerca de 90% sofrem complicações como cansaço, mãos e pés adormecidos, caibras, dores musculares e prurido, também (ALVES et al, 2011) corroboram com estes resultados.

Os doentes com admissão programada para hemodiálise apresentam uma qualidade de vida mais satisfatória do que os admitidos de forma urgente (ANES e FERREIRA, 2009 p.38), no entanto apenas cerca de metade dos utentes que iniciam terapia de substituição renal são seguidos em consultas de nefrologia antes de iniciarem tratamento. (THOMAS; JEFFREY, 2005, p.80).

A bibliografia é muito escassa no que concerne à influência do tempo em tratamento relacionado com a qualidade de vida, no entanto, de acordo com MACHADO (2001, apud KRUG, 2008) quanto mais tempo em HD, mais resignação à doença é percebida.

A nível social, verificam-se alterações significativas da rotina diária, das responsabilidades familiares e profissionais. O doente tem necessidade de se deslocar a um centro de hemodiálise, habitualmente três vezes por semana, durante 4 a 6 horas/dia. O tempo gasto nas sessões de diálise, consultas médicas e exames, associado ao tempo de hospitalização, dificultam a vida destes doentes em sociedade.

A incerteza, a insegurança, a perda de autonomia, o sentimento de incapacidade, a alteração dos papéis até então desempenhados, as alterações por aspetos físicos (DUARTE et al, 2010) são fatores que contribuem para a rutura do equilíbrio emocional. (FERREIRA e ANES, 2010, p.37)

Muitos doentes enfrentam estas limitações com coragem mantendo responsabilidades familiares e profissionais. Para outros, o sentimento de depressão, evidenciando sentimentos de desânimo, desespero, desesperança, pessimismo e impotência perante a dura realidade da doença e tratamento pode tornar-se tal, que acabam por questionar-se se valerá a pena para ele e para a sua família continuar a viver deste modo (WAUTERS, 1980 apud FERREIRA e ANES, 2010, p.36).

Desde 1977 que se demonstrou que os doentes hemodialisados têm baixo nível de capacidade física. A IRCT agrava a perda de massa muscular e predispõe a situações de fadiga, com aumento da frequência e do trabalho respiratório (AMARAL et al, 2011). Desde essa altura, o exercício físico planejado começou a ser aceite como intervenção

terapêutica, atrasando a deterioração fisiológica, funcional e psicológica que comumente se desenvolvem devido à doença renal crônica. (NOVO et al, 2009).

O mesmo autor mostrou num estudo efetuado em Bragança que a capacidade funcional destes doentes está claramente diminuída, quando comparados com população saudável da mesma faixa etária, também O'HARE (2003 apud NOVO et al, 2009) num estudo que envolveu 2264 doentes em hemodiálise, concluiu que o risco de um doente hemodialisado sedentário falecer no espaço de um ano era 62% maior, comparativamente com os não sedentários.

Quanto maior a massa muscular, menor a probabilidade de morte devido a doença cardiovascular. BEDDHU (2003 apud NOVO et al, 2009) Dos 1321 doentes IRCT reportados como falecidos em 2009 em Portugal, 78,4% tinham mais de 65 anos e a primeira causa de morte foi a doença cardiovascular. (MACÁRIO, 2009, p 2)

Na literatura existem evidências de melhoria da condição física após implementação de programas de prática regular de exercício, (SOUSA et al, 2011) também FIGUEIREDO; GIACOMAZZI; SEIXAS, (2009, p.235) concluíram que o exercício físico intradialítico melhora a capacidade funcional da pessoa hemodialisada.

No que concerne às AVDs, são poucos os estudos na população hemodialisada, MATSUDO et al (2001 apud KRUG, 2008) explicam que a qualidade de vida está diretamente vinculada á autonomia e independência, fatores estes que são ótimos indicadores de saúde, para a população com restrições. As "simples" atividades de vida diárias podem estar comprometidas pelo início do tratamento (DAURGIDAS; BLAKE; ING, 2003, p.427).

Um dos fatores que pode reduzir estas limitações, é a forma como o doente gere o tempo quando não está no centro de tratamento.

PEDRO e PAIS RIBEIRO (2010), num estudo com doentes crônicos, inferiram que os indivíduos que trabalham a full-time são os que apresentam maior QDV, outros autores (MITCHELL et al, 2005 apud PEDRO; PAIS RIBEIRO, 2010) defendem que é através da atividade laboral que a atividade física e cognitiva é assegurada, prevenindo assim as incapacidades, estados de depressão e promovendo uma melhor QDV, a atividade ajuda-os a sentirem-se valorizados na comunidade (CAMPINHO; SILVA, 2005).

No entanto cerca de 2/3 dos doentes em hemodiálise não regressam ao trabalho que desempenhavam até ao início do tratamento (COUTINHO, 2011p.16).

Torna-se mais simples para um professor universitário ou para um executivo de negócios em tratamento trabalhar, do que para um operário, ou outro profissional

semelhante, pela flexibilidade de horário e pelo esforço físico habitualmente exigido. (DAURGIDAS; BLAKE; ING, p.425).

É notável também a discriminação da sociedade / empresas perante utentes com esta patologia. Muitos empregadores preferem não ter estas pessoas como funcionários, pelo número de horas que se ausentam do trabalho, para tratamento, exames, consultas, etc.

Num estudo realizado em Portugal, foram observados melhores níveis de perceção de qualidade de vida nos indivíduos com mais habilitações. Mais instrução significa mais informação, mais conhecimento e melhor perceção para controlar a doença resultando melhorias na qualidade de vida. (NEVES, 2000 apud ANES e FERREIRA, 2009)

No processo de reabilitação não basta restabelecer os danos causados pela doença (através de medicação ou tratamento) ou submeter o indivíduo a um programa de manutenção físico-funcional no sentido de não perder determinadas capacidades funcionais. As necessidades cognitivas e emocionais dos doentes e seus familiares devem ser levadas em linha de conta como fundamentais no processo de reabilitação; as suas preferências pessoais, o seu estilo de vida, o seu trabalho, as relações familiares e a sua participação no aspeto social, são também importantes (PEDRO e PAIS-RIBEIRO, 2006).

Tão importante como em qualquer outra patologia, estabelecer um programa de reabilitação a utentes em HD torna-se uma necessidade urgente. Programas de exercício podem ser delineados até mesmo para utentes com alto grau de incapacidade física. (DAURGIDAS; BLAKE; ING, 2003, p.427).

3- METODOLOGIA

Neste capítulo procede-se a descrição detalhada de como o estudo foi conduzido.

3.1 – TIPO DE ESTUDO

O estudo apresentado é de cariz quantitativo, descritivo, transversal dado que pretende descrever a percepção da Qualidade de Vida das pessoas hemodialisadas e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e de saúde na variabilidade da mesma.

3.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Sabendo que para estudar uma população é necessário tempo, disponibilidade e recursos elevados, recorreu-se à seleção de uma amostra. Sendo assim, a amostra incluiu IRCT em programa regular de HD na Diaverum – Unidade de Aveiro.

O método de amostragem escolhido foi o não-probabilístico, por conveniência. Esta foi formada por sujeitos que estavam facilmente acessíveis, num determinado momento e consistiu na seleção de indivíduos de acordo com os seguintes critérios de exclusão:

- ✓ Pessoas que não sabem ler nem escrever;
- ✓ Pessoas com défices cognitivos, ou doença mental, impeditivos de responder com veracidade ao questionário;

De um total de 198 pessoas em tratamento no centro anteriormente referido, foram entregues 154 questionários, dos quais foram devolvidos 138. Destes foram excluídos 29 por apresentarem um grande número de questões sem resposta. O número total da amostra ficou definido em 109 utentes.

3.3 - OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Os objetivos delineados para este trabalho são:

- ✓ Avaliar a percepção de QDV da pessoa hemodialisada.
- ✓ Determinar se as variáveis sociodemográficas influenciam na QDV da pessoa hemodialisada.

- ✓ Verificar se as variáveis de saúde influenciam a QDV da pessoa hemodialisada.

3.4 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação formuladas no âmbito deste trabalho são:

Quais os fatores que influenciam a percepção da QDV da pessoa hemodialisada?

Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a QDV da pessoa hemodialisada?

Em que medida as variáveis de saúde influenciam a QDV da pessoa hemodialisada?

3.5 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Desta forma, tendo em conta o estudo a elaborar formulam-se as seguintes hipóteses:

H1- Existe relação entre a idade e a QDV da pessoa hemodialisada.

H2- Existe relação entre o estado civil e a QDV da pessoa hemodialisada.

H3 - Existe relação entre o género e a QDV da pessoa hemodialisada.

H4 - Existe relação entre a situação profissional e a QDV da pessoa hemodialisada.

H5- Existe relação entre as habilitações literárias e a QDV da pessoa hemodialisada.

H6- Existe relação entre o nível socioeconómico e a QDV da pessoa hemodialisada.

H7 – O número de membros do agregado familiar influencia a QDV da pessoa hemodialisada.

H8- Existe relação entre o tipo de admissão ao tratamento e a QDV da pessoa hemodialisada.

H9- A etiologia da IRCT influencia a QDV da pessoa hemodialisada

H10- O tempo em hemodiálise influencia a QDV da pessoa hemodialisada.

H11- Existe relação entre a presença de complicações e a QDV da pessoa hemodialisada.

3.6 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

3.6.1 - Variável Dependente

A variável dependente “é a que sofre o efeito da variável independente, é o resultado predito pelo investigador” (FORTIN,2009, p.171).

A variável dependente neste estudo é a Qualidade de Vida.

3.6.2 - Variáveis Independentes

A variável independente é definida como “um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável”, “é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente” (FORTIN, 2009, p.171).

Variáveis Sociodemográficas

- Idade
- Estado civil
- Género
- Situação Profissional
- Habilitações literárias
- Nível socioeconómico
- Número de membros do agregado familiar

Variáveis de Saúde

- Tipo de admissão
- Etiologia
- Tempo em HD
- Complicações

3.7 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A operacionalização das variáveis “é estabelecida de maneira que a variável possa ser medida ou manipulada numa dada situação de investigação”. (FORTIN, 2009, p.173).

Após a definição conceptual são criadas dimensões e respectivos indicadores de avaliação, através dos quais é mensurada e/ou quantificada a variável em questão.

Operacionalização da Variável Dependente – Qualidade de Vida

Qualidade de Vida é definida pela OMS *apud* MENDES (2004) como “ ... a percepção do indivíduo quanto à sua situação no contexto da sua cultura e dos valores da sociedade onde vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesses...”

Para operacionalizar a variável Qualidade de Vida foi usada a escala de KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life Instrument*) de Hays *et al.* (1997). É um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida desenhado para doentes com insuficiência renal em diálise. Foi construído em 1997 a partir do KDQOL-TM (versão original). Possui 43 perguntas específicas da doença renal e 36 perguntas do foro genérico, para além de uma pergunta de identificação geral de saúde, todas elas agregadas em 19 dimensões. Foi validada para a população Portuguesa por Pedro L. Ferreira e Eugénia J. Anes em 2010.

(Anexo I)

Este instrumento possui, assim, itens específicos, distribuídos por 11 dimensões que focam as preocupações particulares dos doentes renais em diálise (ESRD — *End Stage Renal Disease*): a presença de sintomas/problemas, os efeitos da doença renal na vida diária, o peso resultante da doença renal, e o impacto na atividade profissional, na função cognitiva, na qualidade da interação social, na função sexual e no sono. Engloba também três dimensões de qualidade de vida: o apoio social, o encorajamento do pessoal de diálise e a satisfação do doente com o tratamento.

O KDQOL-SF inclui ainda um questionário genérico de saúde — a versão 2 do SF-36 —, com 36 perguntas e constituído por 8 dimensões correspondentes à função física, ao desempenho físico, à dor, à saúde em geral, à função emocional, ao desempenho emocional, à função social e à vitalidade. A pergunta de identificação geral de saúde mede o estado de saúde dos indivíduos, numa escala de 0 a 10, desde o «pior estado de saúde possível» até ao «melhor estado de saúde possível».

Existem três perguntas com um tipo de resposta dicotómica (sim, não). No entanto, o formato de resposta mais frequente é a escala de Likert com três, quatro, cinco, seis ou sete pontos. Duas questões são avaliadas num contínuo de zero a dez (de «muito mau» a «muito bom», e de «pior possível» a «melhor possível»).

A validade de construção baseia-se nas relações lógicas entre as variáveis, esperando-se que os doentes com baixa percepção em relação à qualidade de vida sejam, por exemplo, aqueles que apresentem valores mais baixos no SF-36.

Quadro 1 - Representação do número de questões por dimensão do KDQOL-SF

ESRD	Nº de Perguntas	Perguntas
Sintomas / Problemas	12	14 a-l
Efeitos da doença renal na vida diária	8	15 a-h
Peso da Doença renal	4	12 a-d
Atividade Profissional	2	20,21
Função Cognitiva	3	13 b,d,f
Qualidade da Interação Social	3	13 a,c,e
Função Sexual	2	16 a,b
Sono	4	17,18 a-c
Apoio Social	2	19 a,b
Encorajamento do pessoal de diálise	2	24 a,b
Satisfação do doente	1	23
SF-36	Nº de Perguntas	Perguntas
Função Física	10	3 a-j
Desempenho Físico	4	4 a-d
Dor	2	7,8
Saúde em Geral	5	1,11 a-d
Função Emocional	5	9 b,c,d,f,h
Desempenho Emocional	3	5 a-c
Função Social	2	6,10
Vitalidade	4	9 a,c,g,i

Operacionalização da Variáveis Independentes

As variáveis independentes desta investigação são do conhecimento geral, pelo que não se procede à descrição da sua operacionalização.

3.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Uma investigação efetuada junto de seres humanos e que implique a participação destes, levanta sempre questões morais e éticas muito importantes, as quais devem ser tidas em consideração.

Para a elaboração do instrumento de colheita de dados, optou-se pela utilização de uma escala específica para IRCT já validada para a população portuguesa. Deste modo, foi realizado um pedido formal aos autores da escala, que foi autorizado, conforme **apêndice I**.

Após deferimento desta solicitação, foi dirigido um pedido formal à Direção Clínica da Diaverum – Unidade de Aveiro, com o objetivo de obter o consentimento para a realização

do estudo e a autorização para a aplicação dos questionários, também autorizado pelo Exmo. Sr. Diretor Clínico, conforme **apêndice II**.

Um problema ético, que uma investigação desta natureza coloca, prende-se com a invasão de privacidade dos doentes. A proteção da sua privacidade, foi assegurada através da garantia do anonimato, conforme **apêndice III**.

4- RESULTADOS

Os dados foram tratados com recurso ao software estatístico SPSS versão 19.0. Numa primeira fase, foi feita uma análise descritiva das variáveis sócio demográficas e das variáveis de saúde, utilizando medidas de frequência e de dispersão. De seguida foram testadas as hipóteses formuladas utilizando diferentes testes estatísticos como a análise de variância com um fator para a comparação de médias de amostras independentes, o teste de t-student, de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para comparação de médias.

A amostra é constituída por 109 elementos, sendo 64 do sexo masculino, 30 do sexo feminino e 15 não responderam. Os doentes têm idades compreendidas entre os 31 e os 90 anos, sendo a média de idades de 61.8 (13.45). A maioria dos doentes tem mais de 56 anos (54,1%), sendo a percentagem de indivíduos com idade abaixo dos 45 anos de apenas 11,9%. Na sua maioria os indivíduos são casados (72,5%) e são inativos em termos profissionais (75,3%). Ao nível da escolaridade, 56% dos indivíduos frequentaram apenas o ensino primário. 12,8 % dos indivíduos frequentaram o ensino até ao 6º ano e uma baixa percentagem frequentou o ensino superior (0,9%). Relativamente aos rendimentos auferidos 22,1% dos indivíduos auferem rendimentos inferiores a 400 euros, 22% têm rendimentos acima dos 750 euros, e 28,4% dos indivíduos não responderam. No que diz respeito ao agregado familiar a maioria dos doentes vivem acompanhados (67%) e apenas 9,2% vivem sozinhos, 23,8% não responderam.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis sociodemográficas	N	%
Idade		
31-45	13	11.9
46-55	20	18.4
56-65	13	11.9
>65	46	42.2
Valor em falta	17	15.6
Total	109	100
Género		
Masculino	64	58.7
Feminino	30	27.5
Valor em falta	15	13.8
Total	109	100

Estado Civil		
Casado com ou sem registo	79	72.5
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	23	21.1
Valor em falta	07	6.4
Total	109	100
Situação Profissional		
Trabalhador no ativo	16	14.7
Reformado/Pensionista/Desempregado/Vive de rendimentos	82	75.3
Valor em falta	11	10.0
Total	109	100
Rendimento		
Menos de 400 euros	24	22.1
De 400 a 750 euros	30	27.5
>750 Euros	24	22.0
Valor em falta	31	28.4
Total	109	100
Escolaridade		
<4ª Classe	15	13.8
Ensino Básico (4º classe)	46	42.2
5º-6º ano	14	12.8
7º-9ºano	9	8.3
10-12º ano	7	6.4
Ensino Superior	1	0.9
Valor em falta	17	15.6
Total	109	100
Vive só		
Sim	10	9.2
Não	73	67.0
Valor em falta	26	23.8
Total	109	100

Relativamente ao tratamento de hemodiálise, a maior parte dos doentes teve uma admissão programada (82,6%), São submetidos a hemodiálise há mais de um ano 28,4% dos indivíduos e uma grande percentagem não respondeu (58,8). A maioria dos doentes não sabe ou não respondeu qual a causa da insuficiência renal (70%), dos que conhecem a etiologia, a doença poliquística é a mais frequente (17,4%). A maioria dos doentes já teve complicações relacionadas com a hemodiálise (88%).

Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra

Variáveis clínicas	n	%
Tipo admissão no tratamento		
Programado	90	82.6
Urgente	11	10.1
Valor em falta	8	7.3
Total	109	100
Tempo de Diálise		
Até 1 ano	14	12.8
>1 ano	31	28.4
Valor em falta	64	58.8
Total	109	100
Etiologia		
Diabetes	10	9.2
Hipertensão	2	1.7
Doença poliquística	19	17.4
Outras	2	1.7
Não sabe	16	14.6
Valor em falta	60	55.4
Total	109	100
Complicações		
Sem complicações	4	3.7
Com complicações	96	88.0
Valor em falta	9	8.3
Total	109	100

De seguida apresentam-se os resultados relativos às hipóteses formuladas no presente trabalho.

H1- Existe relação entre a idade e a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte são apresentados os resultados relativamente à qualidade de vida percebida pelos doentes hemodialisados em função da idade. Apenas na função física é possível perceber que há diferenças estatisticamente significativas. Os indivíduos mais jovens percebem uma melhor qualidade de vida em relação à função física comparativamente aos indivíduos mais velhos.

Tabela 3 - Perceção da qualidade de vida em relação à idade

Idade	31-45		46-65		>65		Sig.
	Média	Dp	Média	DP	Média	DP	
Dimensões da QDV							
Sintoma/ Problemas	20.40	8.17	24.34	9.83	26.48	8.93	0.277
Efeitos da doença na vida diária	16.83	7.73	18.55	6.69	19.90	8.18	0.605
Peso da doença renal	11.00	2.38	9.16	4.50	8.45	3.30	0.187
Atividade profissional	3.00	0.58	3.18	0.52	3.28	0.60	0.424
Função cognitiva	6.43	3.82	6.68	3.04	6.16	2.85	0.736
Qualidade da inserção social	8.71	1.89	8.37	2.15	9.18	2.08	0.178
Função sexual	3.00	1.55	3.83	2.31	5.38	3.15	0.227
Sono	14.71	2.69	14.64	2.63	14.57	2.79	0.984
Apoio Social	5.57	2.23	6.67	1.91	6.83	1.90	0.107
Encorajamento do pessoal da diálise	4.00	1.79	3.30	1.70	3.62	1.93	0.547
Satisfação do doente	5.14	1.77	5.03	1.44	4.85	1.23	0.883
Função física	24.43	4.86	21.05	5.95	18.24	5.80	0.016
Desempenho físico	12.71	5.35	11.77	5.46	10.74	4.94	0.525
Dor	4.71	2.14	5.08	2.70	6.30	2.72	0.099
Saúde em geral	16.67	2.42	17.47	2.80	17.20	2.29	0.905
Função emocional	16.80	3.11	5.71	2.86	15.23	2.16	0.624
Desempenho emocional	10.29	3.77	10.18	4.25	8.64	4.43	0.281
Função social	6.00	1.41	5.27	1.77	5.42	1.27	0.669
Vitalidade	12.83	2.64	12.47	2.25	12.46	2.02	0.915

H2- Existe relação entre o estado civil e a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte são apresentados os resultados da qualidade de vida percecionada pelas pessoas hemodialisadas em relação ao seu estado civil. Os resultados para as diferenças de médias das dimensões função cognitiva e apoio social são estatisticamente significativos. Constata-se que os solteiros, viúvos, divorciados ou separados apresentam em média um valor de qualidade de vida mais elevado para a função

cognitiva, relativamente aos doentes casados. Pelo contrário, os indivíduos casados têm em média uma qualidade de vida mais elevada no que se refere ao apoio social, relativamente ao restante grupo.

Tabela 4 - Perceção da qualidade de vida em relação ao estado civil

Estado Civil	Casado		Solteiro/Viúvo/Div./Separado/		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Dimensões da QDV					
Sintoma/ Problemas	24.48	9.18	28.31	10.06	0.142
Efeitos da doença na vida diária	18.74	7.79	20.92	6.26	0.226
Peso da doença renal	9.21	3.91	7.76	3.49	0.156
Atividade profissional	3.22	0.59	3.20	0.41	0.778
Função cognitiva	6.34	3.01	7.81	3.17	0.046
Qualidade da inserção social	8.89	2.20	8.91	2.29	0.941
Função sexual	4.18	2.54	3.63	2.77	0.512
Sono	14.87	2.71	14.59	2.83	0.808
Apoio Social	6.89	1.76	5.81	2.20	0.017
Encorajamento do pessoal da diálise	3.70	1.99	3.05	1.47	0.155
Satisfação do doente	4.85	1.36	5.43	1.43	0.078
Função física	20.51	5.86	20.72	6.10	0.795
Desempenho físico	11.74	5.32	10.19	3.90	0.309
Dor	5.28	2.65	6.36	2.77	0.099
Saúde em geral	17.51	2.54	16.35	2.16	0.075
Função emocional	15.66	2.82	15.32	3.20	0.636
Desempenho emocional	9.82	4.31	8.05	3.81	0.128
Função social	5.34	1.59	5.25	1.61	0.767
Vitalidade	12.48	2.14	12.79	1.93	0.825

H3 - Existe relação entre o género e a QDV da pessoa hemodialisada

De seguida apresentam-se os resultados relativos à relação entre o género e qualidade de vida da pessoa hemodialisada. Verifica-se que as mulheres percecionam maior

qualidade de vida no que se refere aos efeitos da doença na vida diária e da função cognitiva, relativamente aos homens. Os resultados para as diferenças de médias para as dimensões, efeitos da doença na vida diária e função cognitiva são estatisticamente significativos.

Tabela 5 - Perceção da qualidade de vida em relação ao género

Género	Feminino		Masculino		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Dimensões da QDV					
Sintoma/ Problemas	26.77	10.04	24.15	8.81	0.259
Efeitos da doença na vida diária	22.61	7.04	17.67	7.06	0.007
Peso da doença renal	8.74	3.51	9.07	3.94	0.954
Atividade profissional	3.27	0.533	3.20	0.59	0.630
Função cognitiva	7.50	3.44	5.87	2.60	0.042
Qualidade da inserção social	9.03	2.16	8.57	2.19	0.083
Função sexual	5.44	2.96	3.79	2.44	0.173
Sono	15.00	2.75	14.46	2.74	0.459
Apoio Social	6.87	1.53	6.56	2.09	0.989
Encorajamento do pessoal da diálise	3.30	1.53	3.60	1.93	0.711
Satisfação do doente	5.07	1.36	4.84	1.36	0.375
Função física	18.41	5.59	20.74	6.14	0.103
Desempenho físico	11.19	4.86	11.42	5.33	0.931
Dor	6.21	3.07	5.31	2.54	0.207
Saúde em geral	17.15	2.67	17.36	2.44	0.641
Função emocional	15.12	2.51	15.98	2.51	0.181
Desempenho emocional	9.17	4.17	9.53	4.38	0.746
Função social	5.13	1.33	5.46	1.63	0.185
Vitalidade	12.50	1.75	12.48	2.30	0.909

H4 - Existe relação entre a situação profissional e a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte são apresentados os resultados da relação entre a qualidade de vida percebida pela pessoa hemodialisada e a sua situação profissional. Relativamente à função sexual as pessoas ativas percebem uma qualidade de vida inferior às pessoas

que não estão no ativo. Pelo contrário, em relação à função física as pessoas que estão no ativo percecionam maior qualidade de vida relativamente às pessoas que não são ativas. Os resultados são significativos para as diferenças de médias das dimensões função física e função sexual.

Tabela 6 - Perceção da qualidade de vida em relação à situação profissional

Situação Profissional	Trabalhador ativo		Reformado/ Pens. / Desemp		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Dimensões da QDV					
Sintoma/ Problemas	24.46	11.18	25.73	9.38	0.490
Efeitos da doença na vida diária	19.36	7.69	18.81	7.66	0.839
Peso da doença renal	9.00	3.67	8.76	4.01	0.684
Atividade profissional	3.13	0.52	3.23	0.54	0.520
Função cognitiva	6.12	3.16	6.55	3.02	0.532
Qualidade da inserção social	8.63	1.63	8.87	2.33	0.472
Função sexual	2.83	1.40	4.73	2.82	0.009
Sono	14.36	3.69	14.61	2.47	0.369
Apoio Social	6.27	1.79	6.80	1.82	0.137
Encorajamento do pessoal da diálise	3.13	1.51	3.63	2.01	0.452
Satisfação do doente	5.00	1.41	5.00	1.34	0.897
Função física	22.80	4.68	19.87	6.15	0.048
Desempenho físico	11.73	5.50	11.14	4.94	0.689
Dor	4.56	2.25	5.83	2.78	0.113
Saúde em geral	17.60	1.68	17.19	2.68	0.629
Função emocional	16.07	3.01	15.45	2.93	0.181
Desempenho emocional	9.71	3.69	9.19	4.38	0.746
Função social	5.33	1.40	5.25	1.67	0.185
Vitalidade	11.79	2.08	12.71	2.01	0.909

H5- Existe relação entre as habilitações literárias e a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte são apresentados os resultados relativos à relação entre as habilitações literárias e a perceção de qualidade de vida da pessoa hemodialisada. As pessoas com formação superior ao 9º ano são aquelas que percecionam menor qualidade de vida em relação à função sexual. Esta é a única variável estatisticamente significativa em relação às habilitações literárias.

Tabela 7 - Perceção da qualidade de vida em relação às habilitações literárias

Habilitações literárias	Até à 4ª classe		5º ao 9º ano		>9º ano		Sig.
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Sintoma/ Problemas	31.36	11.17	24.78	9.54	23.03	7.06	0.063
Efeitos da doença na vida diária	22.11	9.55	19.32	7.48	18.18	6.79	0.499
Peso da doença renal	7.60	3.27	8.50	3.71	3.14	0.54	0.130
Atividade profissional	3.35	6.33	3.14	0.54	6.07	2.72	0.413
Função cognitiva	8.07	3.33	6.07	2.72	6.20	3.20	0.126
Qualidade da inserção social	9.43	2.84	8.73	1.86	8.48	2.34	0.108
Função sexual	3.75	3.50	5.47	2.87	3.05	1.47	0.028
Sono	14.54	3.69	14.75	2.42	14.86	2.68	0.949
Apoio Social	6.13	2.00	7.00	1.73	6.37	2.13	0.077
Encorajamento do pessoal da diálise	3.53	1.64	3.31	1.76	3.76	2.01	0.600
Satisfação do doente	5.33	1.88	5.00	1.38	4.81	1.19	0.768
Função física	19.00	6.89	19.72	6.05	21.41	5.87	0.345
Desempenho físico	10.58	4.98	11.63	5.03	11.90	5.26	0.682
Dor	6.38	3.55	5.41	2.76	5.35	2.37	0.642
Saúde em geral	16.42	2.31	17.61	2.48	17.13	2.73	0.206
Função emocional	14.58	3.40	15.67	2.54	15.89	3.00	0.496
Desempenho emocional	9.23	4.48	8.89	4.26	10.18	4.25	0.494
Função social	4.64	1.65	5.44	1.44	5.35	1.80	0.311
Vitalidade	11.86	2.57	12.48	2.15	12.70	1.95	0.573

H6- Existe relação entre o nível socioeconómico e a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados relativos à relação entre o nível socioeconómico e a qualidade de vida da pessoa hemodialisada. Os resultados para as diferenças de médias das dimensões desempenho físico, dor e vitalidade são estatisticamente significativos. Verifica-se que em relação ao desempenho físico as pessoas com rendimentos superiores apresentam em média uma qualidade de vida superior à das pessoas com rendimentos inferior. Relativamente à dor e à vitalidade são as pessoas com rendimentos abaixo dos 400 euros que em média apresentam uma qualidade de vida mais baixa.

Tabela 8 - Perceção da qualidade de vida em relação ao nível socioeconómico

Rendimentos	<400 euros		400-750 euros		>750 euros		Sig.
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Dimensões da QDV							
Sintoma/ Problemas	24.95	8.69	27.48	9.91	22.05	8.92	0.080
Efeitos da doença na vida diária	17.25	8.64	18.25	6.75	19.80	7.27	0.394
Peso da doença renal	8.26	3.44	8.07	3.23	10.08	4.38	0.212
Atividade profissional	3.27	0.63	3.07	0.48	3.23	0.53	0.374
Função cognitiva	6.70	3.08	6.50	3.22	5.78	2.43	0.674
Qualidade da inserção social	8.75	2.47	9.10	1.70	8.58	1.83	0.645
Função sexual	3.30	2.06	3.99	2.64	3.91	1.88	0.553
Sono	14.62	2.77	14.54	2.53	15.00	2.86	0.827
Apoio Social	6.46	2.04	6.96	1.56	6.37	2.24	0.647
Encorajamento do pessoal da diálise	3.09	1.44	3.53	1.64	3.73	2.09	0.532
Satisfação do doente	5.29	1.65	4.96	1.32	4.95	1.23	0.786
Função física	20.05	6.24	19.92	6.56	21.13	5.52	0.746
Desempenho físico	9.30	4.07	10.96	5.59	13.04	4.44	0.048
Dor	4.07	2.80	6.21	2.39	4.58	2.53	0.048
Saúde em geral	16.95	2.75	17.77	2.10	17.85	2.24	0.734
Função emocional	14.45	4.09	15.60	2.60	16.2	1.85	0.596
Desempenho emocional	8.62	4.59	9.00	4.40	10.35	3.71	0.369
Função social	4.95	1.54	5.50	1.76	5.71	1.52	0.269
Vitalidade	11.52	2.09	13.12	2.32	13.04	1.27	0.036

H7 – A composição do agregado familiar influencia a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados relativos à relação entre a situação familiar e a qualidade de vida da pessoa hemodialisada. Os resultados para as diferenças de médias da dimensão apoio social são estatisticamente significativos. Verifica-se que em relação ao apoio social as pessoas que vivem com alguém apresentam em média uma qualidade de vida superior à das pessoas que vivem sozinhas.

Tabela 9 - Perceção da qualidade de vida em relação à composição do agregado familiar

Agregado familiar	Vive só		Não vive só		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Sintoma/ Problemas	28.12	6.64	24.90	9.53	0.164
Efeitos da doença na vida diária	19.62	6.18	18.55	7.58	0.593
Peso da doença renal	7.88	2.93	8.70	3.83	0.687
Atividade profissional	3.10	0.31	3.20	0.59	0.498
Função cognitiva	7.09	3.63	6.30	2.86	0.545
Qualidade da inserção social	8.80	2.14	8.90	1.98	0.390
Função sexual	3.60	1.81	3.72	2.23	0.938
Sono	14.62	2.38	14.77	2.79	0.862
Apoio Social	5.39	2.17	6.79	1.83	0.039
Encorajamento do pessoal da diálise	3.40	1.64	3.42	1.72	0.994
Satisfação do doente	5.50	1.35	5.01	1.41	0.231
Função física	22.00	5.72	19.86	6.18	0.295
Desempenho físico	11.10	4.90	11.08	5.11	0.933
Dor	5.66	2.91	5.34	2.66	0.734
Saúde em geral	17.55	2.74	17.54	2.30	0.767
Função emocional	16.33	2.17	15.33	3.08	0.459
Desempenho emocional	8.33	4.50	9.40	4.34	0.518
Função social	5.57	1.81	5.31	1.62	0.633
Vitalidade	13.00	2.16	12.58	2.09	0.865

H8- Existe relação entre o tipo de admissão e a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados da relação entre o tipo de admissão para o tratamento de hemodiálise e a qualidade de vida percebida pelos doentes. Verifica-se que os resultados das diferenças de médias para a qualidade de vida são estatisticamente significativos para as dimensões efeitos da doença na vida diária e para a função cognitiva. Para estas dimensões os doentes que tiveram uma admissão urgente apresentam em média uma qualidade de vida superior ao que tiveram uma admissão programada.

Tabela 10 - Perceção da qualidade de vida em relação à admissão em hemodiálise

Tipo de admissão	Programada		Urgente		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Dimensões da QDV					
Sintoma/ Problemas	24.01	8.43	27.50	9.36	0.261
Efeitos da doença na vida diária	18.35	6.96	24.50	8.08	0.038
Peso da doença renal	8.98	3.66	8.63	5.10	0.518
Atividade profissional	3.19	0.53	3.30	0.67	0.507
Função cognitiva	6.39	3.11	8.50	2.50	0.032
Qualidade da inserção social	8.78	2.24	9.09	2.54	0.503
Função sexual	4.20	2.53	3.20	1.30	0.540
Sono	14.77	2.74	14.45	3.23	0.512
Apoio Social	6.83	1.76	5.72	2.37	0.104
Encorajamento do pessoal da diálise	3.60	2.00	3.27	1.27	0.943
Satisfação do doente	4.92	1.38	4.54	0.93	0.454
Função física	20.24	5.90	20.00	6.22	0.919
Desempenho físico	11.29	5.11	10.40	4.85	0.624
Dor	5.45	2.67	6.72	2.93	0.159
Saúde em geral	17.36	2.57	16.10	1.44	0.083
Função emocional	15.50	2.96	15.80	2.52	0.678
Desempenho emocional	9.61	4.16	7.70	4.05	0.157
Função social	5.31	1.54	6.00	1.41	0.200
Vitalidade	12.61	2.23	12.45	1.36	0.412

H9- O tempo em hemodiálise influencia a QDV da pessoa hemodialisada.

De seguida apresentam-se os resultados do cruzamento da qualidade de vida da pessoa hemodialisada com o tempo em tratamento. Os resultados para as diferenças de médias das dimensões sintomas/ problemas e sono são estatisticamente significativas. Verifica-se que as pessoas que fazem hemodiálise há mais de um ano percebem mais qualidade de vida em relação aos sintomas e problemas do que pessoas que fazem há menos tempo. Pelo contrário, as pessoas que fazem há mais de um ano hemodiálise consideram que a sua qualidade de vida em relação ao sono é menor do que aquelas pessoas que fazem hemodiálise há menos tempo.

Tabela 11 - Perceção da qualidade de vida em relação ao tempo em hemodiálise

Tempo em hemodiálise	Até 1 ano		>1ano		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Dimensões da QDV					
Sintoma/ Problemas	21.09	10.74	25.76	7.53	0.037
Efeitos da doença na vida diária	17.66	8.21	19.04	6.91	0.527
Peso da doença renal	9.00	4.28	8.85	3.58	0.888
Atividade profissional	3.23	0.43	3.24	0.52	0.907
Função cognitiva	5.85	2.47	6.17	2.76	0.753
Qualidade da inserção social	8.07	1.85	9.36	1.79	0.042
Função sexual	4.00	2.34	5.11	2.52	0.453
Sono	16.23	2.04	14.53	2.08	0.013
Apoio Social	6.28	2.23	7.03	1.65	0.247
Encorajamento do pessoal da diálise	3.69	2.09	3.42	1.54	0.653
Satisfação do doente	4.64	1.27	5.10	1.29	0.257
Função física	20.54	6.29	19.75	5.82	0.672
Desempenho físico	11.07	5.53	10.82	5.56	0.850
Dor	4.50	2.71	6.58	2.38	0.017
Saúde em geral	17.42	2.59	18.03	2.34	0.397
Função emocional	15.00	3.37	15.65	2.24	0.711
Desempenho emocional	10.15	4.37	8.91	4.57	0.442
Função social	4.66	2.10	5.48	1.26	0.277
Vitalidade	13.27	2.00	12.70	1.51	0.730

H10- Existe relação entre a presença de complicações e a QDV da pessoa hemodialisada.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados relativos à relação entre a presença de complicações e a qualidade de vida da pessoa hemodialisada. A diferença de médias da qualidade de vida é estatisticamente significativa para as dimensões sintomas/problemas, atividade profissional, dor e função emocional. Para todas estas dimensões os doentes com complicações apresentam médias de qualidade de vida superiores relativamente aos doentes sem complicações.

Tabela 12 - Perceção da qualidade de vida em relação às complicações

Complicações	Sem complicações		Com complicações		Sig.
	Média	DP	Média	DP	
Sintoma/ Problemas	12.25	0.50	25.84	9.06	0.001
Efeitos da doença na vida diária	13.25	4.03	19.47	7.52	0.069
Peso da doença renal	12.0	4.08	8.50	3.63	0.102
Atividade profissional	2.50	0.57	3.24	0.53	0.016
Função cognitiva	4.00	1.15	6.67	3.06	0.075
Qualidade da inserção social	8.0	0.00	8.88	2.33	0.147
Função sexual	2.00	0.00	4.28	2.57	0.066
Sono	13.0	2.70	14.76	2.78	0.182
Apoio Social	6.25	2.21	6.71	1.84	0.457
Encorajamento do pessoal da diálise	3.33	2.30	3.46	1.78	0.729
Satisfação do doente	6.0	0.81	4.94	1.38	0.088
Função física	22.5	8.88	19.95	5.81	0.429
Desempenho físico	14.75	5.73	10.96	5.04	0.174
Dor	2.00	0.0	5.83	2.67	0.004
Saúde em geral	17.66	5.13	17.23	2.42	0.614
Função emocional	19.0	2.0	15.41	2.81	0.024
Desempenho emocional	13.0	3.99	9.06	4.19	0.073
Função social	6.33	0.57	5.22	1.64	0.175
Vitalidade	14.5	3.53	12.46	2.05	0.364

4.1 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A idade média da população estudada é de 61,8 anos, inferior à idade média nacional dos doentes hemodialisados, que em 2011 era de 66 anos.

O presente estudo revela que a percepção de qualidade de vida em relação à idade é estatisticamente significativa apenas na dimensão física no entanto, nas dimensões: sintomas / problemas, peso da doença renal, função sexual e desempenho físico também é perceptível uma melhor percepção da qualidade de vida em adultos mais jovens. ANES e FERREIRA (2009) verificaram que a qualidade de vida varia no sentido inverso à idade em grande parte das dimensões. Noutros estudos realizados, nomeadamente nos EUA e no Chile, também se verificou uma diminuição da qualidade de vida com a idade. FERREIRA e SANTANA (2003) corroboram com este resultado, encontrando relação estatística significativa nas dimensões físicas.

Verificou-se que dos 109 indivíduos, 64 são do género masculino. KUSOMOTA et al (2008) apud COUTINHO et al (2010) referem que existe uma maior incidência de insuficiência renal crónica terminal nos adultos do género masculino. As mulheres apresentam melhor percepção da qualidade de vida em quase todas as dimensões, sendo estatisticamente significativa nas dimensões efeito da doença na vida diária e função cognitiva. Apenas nas dimensões físicas, os homens percecionam melhor qualidade de vida. FERREIRA e SANTANA (2003) corroboram com estes resultados. Pelo contrário, vários estudos referem que na população em geral, são as mulheres que apresentam menor qualidade de vida. O estudo realizado por ANES e FERREIRA (2009) obteve resultados concordantes.

Os indivíduos casados com ou sem registo percecionam melhor qualidade de vida em relação às dimensões peso da doença renal, função sexual, desempenho emocional, e com significado estatístico na dimensão apoio social. ANES e FERREIRA (2009) também corroboram com estes resultados à exceção da dimensão função sexual. Os autores anteriormente citados concluíram que nesta dimensão são os indivíduos que não têm parceiro que percecionam melhor qualidade de vida.

No que concerne à situação profissional, as pessoas no ativo percecionam melhor qualidade de vida nas dimensões efeitos da doença na vida diária, peso da doença renal, função física, desempenho físico, saúde em geral e função emocional, resultado que vai de encontro ao concluído por FERREIRA e SANTANA (2003). ANES e FERREIRA (2009) encontraram relação estatisticamente significativa para grande parte das dimensões.

COUTINHO et al (2010) verificaram que uma grande percentagem de pessoas hemodialisadas foi impossibilitada de ter uma atividade remunerada devido à sua condição

física. Num estudo com doentes de Esclerose Múltipla PEDRO e PAIS RIBEIRO (2010) inferiram que os indivíduos que trabalham percebem melhor qualidade de vida. Outros autores defendem que é através da atividade laboral que a atividade física e cognitiva é assegurada, prevenindo incapacidades e estados de depressão.

Verificou-se que os indivíduos com mais escolaridade apresentam em média melhor percepção da qualidade de vida nas dimensões atividade profissional, função física, desempenho físico, saúde em geral, função emocional, função social e vitalidade. CASTRO et al (2003) obtiveram resultados concordantes. Vários autores referem que mais instrução significa mais informação, mais conhecimento, melhor adaptação emocional, resultando melhorias na percepção da qualidade de vida. Na comparação de grupos apenas a dimensão função sexual apresenta significado estatístico, sendo que quanto mais instrução menor a percepção de qualidade de vida.

Relativamente à qualidade de vida e ao rendimento, constata-se que os indivíduos com mais rendimentos apresentam médias da percepção da qualidade de vida superior em grande parte das dimensões, no entanto as diferenças são estatisticamente significativas apenas nas dimensões desempenho físico, dor e vitalidade. ANES e FERREIRA (2009) corroboram com estes resultados, encontrando diferença estatística nas dimensões apoio social, saúde em geral e vitalidade. FERREIRA e SANTANA (2003) também obtiveram resultados semelhantes.

Ao cruzar o tipo de admissão e a qualidade de vida, verificamos que não existem grandes variações na percepção da qualidade de vida entre os utentes que iniciam hemodiálise de forma urgente ou programada. No entanto, apesar de apenas as dimensões efeitos da doença na vida diária e função cognitiva terem relevância estatística, as médias são superiores na admissão de forma programada em quase todas as dimensões. ANES e FERREIRA (2009) também constataram que existia uma qualidade de vida mais satisfatória no grupo que teve uma admissão programada. Poderiam existir maiores diferenças se em todos os serviços existissem equipas multidisciplinares responsáveis por uma efetiva preparação do doente para a hemodiálise.

Uma grande maioria (70%) dos utentes não sabe ou não responderam qual é a causa da sua insuficiência renal. Tentar comparar as dimensões da percepção da qualidade de vida com as diferentes etiologias pareceu-nos pouco pertinente. Parece-nos no entanto que, a necessidade de educação e esclarecimento do utente são áreas onde devemos investir.

Analisando os resultados da relação entre o tempo de tratamento e a percepção da qualidade de vida, verificar-se um aumento do nível de qualidade de vida nos doentes em

HD há mais de um ano. Estes resultados poderão ser explicados pelo que LUME (1996) apud (ANES e FERREIRA,2009) descreveu como a adaptação psicológica destes. A dimensão sintomas / problemas apresenta grande significado estatístico. Quando os utentes iniciam programa regular de hemodiálise, sentem-se bastante debilitados, com tendência a melhorar com o decorrer dos tratamentos. Por outro lado, CASTRO, et al (2003) afirmam nos seus estudos que o tempo em diálise se correlaciona de forma negativa com o valor da qualidade de vida.

São diversos os estudos que apresentam resultados para uma melhor perceção da qualidade de vida em doentes sem complicações. ELBAGIR (1999) apud ANES e FERREIRA (2009) e ANES e FERREIRA (2009) evidenciaram nos estudos realizados, a influência negativa da presença de complicações na qualidade de vida relacionada com a saúde. Neste estudo conclui-se que utentes com complicações percecionam menor qualidade de vida nas dimensões: Peso da doença renal, satisfação do doente, função física, desempenho físico, função emocional, desempenho emocional, função social, saúde em geral e vitalidade.

No entanto as dimensões que apresentam significado estatístico mostram que pessoas com complicações percecionam uma melhor qualidade de vida nas dimensões: sintomas / problemas, atividade profissional, dor. Estes resultados são surpreendentes e de difícil interpretação. Não se encontra justificação válida para o facto.

A análise geral dos resultados evidencia os vários impactos que as variáveis sociodemográficas e clínicas exercem nos doentes hemodialisados. Uma análise multivariada confirmou a influência das variáveis na perceção da qualidade de vida, em especial nas dimensões associadas ao desempenho físico, emocional e à função social.

5 – CONCLUSÕES

No contexto da qualidade de vida é indispensável e fundamental conhecer a perceções do indivíduo sobre a sua própria saúde e não apenas as medidas clínicas tradicionais. Só assim é possível monitorizar e conhecer os efeitos da doença na pessoa e melhorar a nossa prática clínica.

No que respeita aos dados sociodemográficos concluiu-se que dos 109 participantes, excluindo os que não responderam:

- ✓ 30 são do sexo feminino, 64 são do sexo masculino.
- ✓ Apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 90 anos, 46 dos quais apresentam idade > a 65 anos.
- ✓ Na sua maioria os indivíduos são casados (79) e 23 são solteiros/viúvos/divorciados/separados.
- ✓ Em termos profissionais são inativos 82 participantes, 16 têm atividade profissional.
- ✓ Do total de participantes, 61 frequentaram no máximo até à 4ª classe, apenas 1 frequentou o ensino superior.
- ✓ Auferem rendimento mensal abaixo dos 750 euros 54 participantes, 24 apresentam rendimento superior e 31 não responderam.
- ✓ Quando questionados acerca do agregado familiar, 10 participantes referem viver sós, 73 partilham residência com pelo menos mais uma pessoa e 26 não responderam.

Apesar de poucas dimensões apresentarem significado estatístico na comparação de diferentes grupos, apresentam-se dados onde se conclui que as variáveis sociodemográficas interferem na perceção da qualidade de vida da pessoa hemodialisada em grande parte das dimensões.

Relativamente às variáveis clínicas:

- ✓ A maior parte dos doentes foram admitidos ao tratamento de HD de forma programada (90), 10 foram admitidos com carácter urgente.

✓ Quando questionados há quanto tempo estão em terapia de substituição da função renal, 14 referem há menos de 1 ano, 31 há mais de 1 ano e 64 participantes não responderam a esta questão.

✓ Em relação à presença de complicações relacionada com a hemodiálise 96 participantes referem apresentar, apenas 4 não referem qualquer complicação e 9 não responderam.

✓ A maioria dos doentes não sabe ou não respondeu qual a etiologia da insuficiência renal, 76 participantes. 19 referem a doença poliquística, 10 a diabetes, 2 a HTA e 2 referem outra causa.

Dentro das variáveis clínicas estudadas, podemos concluir que as complicações estão presentes num número significativo de doentes. Estas complicações inevitavelmente trazem limitações no dia-a-dia e nas atividades de vida diária dos participantes.

De entre as 19 dimensões de avaliação da qualidade de vida do insuficiente renal crónico terminal, as dimensões: sintomas / problemas, função física e desempenho físico assumem-se com maior significado estatístico na perceção da qualidade de vida. Estas dimensões incluem questões relacionadas com atividades de vida diárias dos utentes.

A implementação de programas de exercício físico adequado, contribuirá para a melhoria da qualidade de vida das pessoas hemodialisadas. Para além dos benefícios que provoca em qualquer pessoa, o exercício físico em hemodialisados, permite reduzir valores de Tensão Arterial, reduzir o ganho de peso entre cada tratamento e diminuir as complicações intradialíticas como Caimbras, parestesias, etc.

Parece-nos que a hemodiálise é uma área que precisa de intervenção urgente por parte dos enfermeiros especialistas em reabilitação, contribuindo para a otimização da qualidade de vida, prevenção de complicações e consequentemente obter para ganhos em saúde.

Alguns questionários não foram completamente respondidos pelos participantes, facto que interfere e limita as conclusões deste estudo. Também o facto de o questionário ser extenso associado ao baixo nível de escolaridade dos participantes poderão ter contribuído para estas limitações.

Não se pode também deixar de salientar a escassez de estudos que relacionam a qualidade de vida com a hemodiálise, realizados em Portugal. Este facto impõe algumas limitações no que concerne à discussão de resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANES, Eugénia; Ferreira, Pedro Lopes - Qualidade de vida em diálise. **Biblioteca digital IPB**. [Em linha]. 8 (2009) 67-82. [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5077>.

ARAÚJO, E.S., PEREIRA, L.L; ANJOS, M.F. – Autonomia do paciente com doença renal crónica em tratamento hemodialítico. Acta Paul Enferm, 22, 509-14 (2009)

BARROS, Elvis, [et al] - **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª ed. reimp. Porto Alegre : Artmed, 2007. IX, 619 p.. ISBN 85-363-0557-6 p. 424-441

CASTRO, M; et al – Qualidade de vida em Pacientes com Insuficiência Renal crónica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista Associação Médica brasileira**. 49:3 (2003) p. 245-249

CONGRESSO INTERNACIONAL INFAD,17, Zamora (Espanña) – **Percepção da Qualidade de Vida na Insuficiência Renal Crónica** (2010)

COUTINHO, Nair [et al] – Qualidade de vida em doentes renais crónicos - **Revista de Pesquisa em Saúde**, ISSN 2179-6238 Vol. 11, No 1 (2010), consultado a 30.12.2011, disponível em

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/328>

CUNHA, Franco [et al] – Evaluacion de la calidad de vida de pacientes de insuficiéncia renal en diálisis renal. Enfermeria Global. Universidad de Murcia. ISSN1695-6141. N. 23 (Julio 2011), p. 165-171.

DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. - **Manual de diálise**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2003. XX, 714 p. ISBN 85-7199-312-2 p.420-435

DICIONÁRIO CÂNDIDO DE FIGUEIREDO – **Grande Dicionário da Língua Portuguesa**. Aferição e actualização por Teresa Lino; Rute Costa. 25ª. Ed. Lisboa: Bertrand Editora, 1996.

Doenças [Em linha]. Lisboa. 2008. Vol. 9, nº2 [Consult. 27 Janeiro 2012]. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862008000200007&script=sci_arttext

DORON, Roland [et. al] – **Dicionário de Psicologia**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 2001.p.778

DUARTE, Alaour, [et al] – Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crónica terminal submetidos a hemodiálise. Scientia Medica, Porto Alegre, Vol 20, Nº 2, (2010) p. 156-160

FERREIRA, Pedro Lopes; ANES, Eugénia J. - Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. Revista Portuguesa Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Vol.28, no.1, (Janeiro/Junho 2010), p.31-39.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. – Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas Portuguesas. Revista Portuguesa de saúde pública 21:2 (2003) p. 15-30

FIGUEIREDO, Ana; GIACOMAZZI, Cristiane; SEIXAS, Raquel – Fisioterapia Intradialítica na reabilitação do doente renal crónico. J. Bras Nefrol 2009, 31(3) p.235-236

FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**, Lusoditacta, 2009

FLECK, M.P. – Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. P. Fleck et al, a avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed (2008) p. 19-28

GREENBERG, Arthur, MD – **Primer on Kidney Diseases**. 4^a ed. National Kidney Foundation, cop. 2005, 608 p. ISBN1-4160-2312-7 p. 477

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu. Guia orientador de trabalhos escritos [Texto policopiado] : [versão 2009]. Viseu : Escola Superior de Saúde de Viseu, 2009. 59 p.

KIRSZTAJN, Gianna M.; BASTOS, Marcus G.; ANDRIOLO, Adagmar – Proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para o diagnóstico de doença renal crónica. J Bras Patol Med Lab. Volume 47, Nº 2 (Abril 2011) p.100-103 Consultado a 04 Janeiro 2012, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n2/v47n2a02.pdf>

KRUG, Rodrigo de Rosso [et al.] – Influencia das atividades de vida diária sobre a qualidade de vida de pacientes em hemodialise Revista digital [Em linha]. Buenos Aires: 13:26 (Noviembre de 2008) [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd126/qualidade-de-vida-de-pacientes-em-hemodialise.htm>

LEAL, Carla – Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Universidade dos Açores, 2008

MACÁRIO, Fernando - Registo Nacional do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal: perspectivas actuais, objetivos futuros – 2010. SPNews (Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Lisboa. Ano V, (Dezembro 2009), p.4.

MACÁRIO, Fernando - Registo Nacional do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal em Portugal – 2009. SPNews (Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Lisboa. Ano VI, (Abril 2010), p.6-8.

MACÁRIO, Fernando - Registo Português de Transplantação Renal – 2011. SPNews (Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Lisboa. Ano VII, (Março 2011), p.4-8.

MATOS, E.F. ; LOPES, A. – Modalidades de hemodiálise ambulatorial. Acta Paul Enferm, 22, 569-71 (2009)

MIDDLETON, J.P.; PUN H. – Hypertension, chronic kidney disease, and the development of cardiovascular risk: a joint primacy. **Kidney Int**, v.77 (2010) p.753

NOLASCO, Fernando – Futuro exige mais especialistas – 2009 SPNews (Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Lisboa. Ano V, (Dezembro 2009), p.1-4.

NOLASCO, Fernando – Manual de Boas práticas de diálise crónica– 2011. SPNews (Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Lisboa. Ano VII, (Junho 2011), p.2-6.

NOVO, André [et. al] - **Exercício físico com doentes hemodialisados (2009)**, Consultado a 18 Dezembro, 2011) disponível em: <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3441>

OWEN, William F.; PEREIRA, Brian J. G.; SAYEGH, Mohamed H. – **Dialysis and Transplantation** 1ª ed. W.B. Saunders Company cop. 2000, 682 p.. ISBN0-7216-7687-1

PAIS-RIBEIRO, José Luís; LEAL, Isabel - Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN 989-558-087-8

SILVA, Vanessa [et al] – Efeito do treinamento muscular inspiratório nos pacientes em hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia. São Paulo. ISSN 0101-2800 Vol. 33, Nº 1 (Janeiro/Março 2011), p. 10-18

SOUSA, M. N. [et al] – Estudo quantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialisados de Paraíba, Brasil. Revista Ces Psicologia, 4(2), p 1-14

THOMAS, Nicola; JEFFREY, Corinne, ed. lit. - **Enfermagem em nefrologia**. 2.ª ed. Loures : Lusociência, cop. 2005. XII, 489 p.. ISBN 972-8383-85-1

Transplantação - Associação Portuguesa Insuficientes Renais – Nefrêmea. Ano xxx, nº 159 (Nov/ Dez 2011) p.14-15

APÊNDICE I

Autorização para uso de Escala QDKOL-SF

Exmo. Sr. Dr. Pedro Lopes Ferreira

Assunto: Pedido de autorização para utilização da escala KDQOL - SF

No âmbito da Unidade Curricular de Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (2ª edição) da Escola Superior de Saúde de Viseu, e desempenhando funções como enfermeira na Diaverum – Unidade de Aveiro há cerca de 10 anos, está a aluna Lília Marisa Bastos, interessada em desenvolver um estudo científico, subordinado ao tema: “Qualidade de Vida da Pessoa Hemodialisada”. Como tal, solicita a Vossa Excelência autorização para que seja utilizada a Versão Portuguesa do Instrumento de Medição Qualidade de Vida dos Doentes Insuficiente Renais Crónicos KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life*)

O período de aplicação dos questionários decorrerá em Dezembro de 2011.

Será garantida a confidencialidade e o anonimato, sendo respeitados os direitos das pessoas intervenientes.

Com os melhores cumprimentos.

Lília Bastos

Aveiro, 28 de Novembro de 2011



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt
URL: <http://www.uc.pt/feuc/pedrof>

Coimbra, 9 de Dezembro de 2011

Ex.ma Senhora Dr^a:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento de medição qualidade de vida dos doentes insuficiente renais crónicos KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life*) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

A descrição da sua validação encontra-se nos artigos

- Anes EJ, Ferreira PL. Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2009 Vol Temático: 8:67-82
- Ferreira PL, Anes EJ. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos. Criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2010 Jan-Jun; 28(1): 31-9.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

APÊNDICE II

Autorização para aplicação dos questionários



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr. Dr. Fernando Macário
Director Clínico da
Diaverum – Unidade de Aveiro

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Lilia Marisa Dias Bastos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a desenvolver um estudo subordinado ao tema “**QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA HEMODIALIZADA**”. O principal objectivo deste estudo é tentar perceber em que medida a reabilitação pode interferir na qualidade de vida da pessoa submetida a hemodiálise.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.^a que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, programada para o período de Novembro / Dezembro de 2011.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Helena Moreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através dos números: 232419100 (telefone) ou 232428343 (fax).

Agradecemos resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da Escola

Prof. Doutor Carlos Pereira
(Prof. Coordenador)

UNIDADE DE AVEIRO

Rua João Francisco do Casal, nº122/124
Esgueira
3800-266 Aveiro
Portugal

Tel.: (+351) 234 305 220

Fax: (+351) 234 305 229

Aveiro, 19 de Dezembro de 2011

Exma. Senhora Enfª:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo a aplicação dos questionários na Diaverum - Unidade de Aveiro, no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Os melhores cumprimentos.



DIAVERUM - INVESTIMENTOS E SERVIÇOS, LDA.

Dr. Fernando Macário

APÊNDICE III
Consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Participação no estudo científico sobre “Qualidade de Vida da Pessoa Hemodialisada”.

Eu, abaixo-assinado, _____,
declaro ter entendido a informação que me foi fornecida sobre o estudo. Estou consciente dos objectivos e procedimentos do estudo científico “**Qualidade de Vida da Pessoa Hemodialisada**”, bem como do papel do investigador e do meu papel enquanto participante neste estudo, tendo-me sido dada a oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

Foi-me dada a garantia que poderei recusar em participar em qualquer fase do estudo, não acarretado quaisquer prejuízos, e que é garantida a confidencialidade e o anonimato da informação obtida, que servirá apenas para tratamento estatístico.

Aceito responder ao questionário, assegurando que a minha participação é inteiramente voluntária. Ser-me-á dada uma cópia da informação sobre o estudo e do termo de consentimento informado.

Aveiro, ___ de _____ de 2011

Assinatura do Participante

_____ N°BI _____

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

2ª EDIÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Professor Orientador: Prof. Helena Moreira

Autor: Lilia Marisa Dias Bastos

Instrumento de Colheita de dados aplicado no âmbito do Relatório Final subordinado ao tema

“Qualidade de Vida da Pessoa Hemodializada”

AVEIRO, DEZEMBRO 2011

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA PARA DOENTES EM DIÁLISE

Qual é o objectivo do estudo?

Este estudo tem contado com a colaboração de diversos profissionais e doentes. O presente estudo pretende saber como olha para a sua saúde. Estas informações dar-nos-ão a conhecer a forma como se sente e qual a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia.

O que terei de fazer?

Para este estudo, queríamos que respondesse hoje a um inquérito sobre a sua saúde, como se sente e os seus dados pessoais.

Confidencialidade das informações?

Não lhe pedimos o nome. As suas respostas serão misturadas com as de outros participantes nas conclusões do estudo. Qualquer informação que permita a sua identificação será encarada como estritamente confidencial.

Além disso, todas as informações recolhidas serão apenas usadas para a finalidade deste estudo e não serão reveladas ou disponibilizadas para qualquer outra finalidade sem a sua autorização prévia.

De que modo é que a minha participação me poderá beneficiar?

As informações que prestar dir-nos-ão o que pensa dos cuidados e dar-nos-ão uma compreensão adicional sobre os efeitos dos cuidados na saúde dos doentes. Estas informações ajudarão a avaliar como se sente e a sua capacidade para desempenhar as actividades do dia-a-dia.

Tenho que participar?

Não é obrigado/a a preencher o inquérito e pode recusar-se a responder a qualquer pergunta. A sua decisão de participar não vai afectar os cuidados

Obrigada pela sua colaboração!

A sua saúde

Este questionário inclui uma ampla variedade de perguntas sobre a sua saúde e a sua vida. Estamos interessados em saber como se sente em relação a cada um destes assuntos.

1. Em geral, diria que a sua saúde é: [Marque um no quadrado que melhor descreve a sua saúde.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual?

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

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? [Marque um em cada linha.]

	Sim, muito limitado/a ▽	Sim, um pouco limitado/a ▽	Não, nada limitado/a ▽
a Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
b Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou pegar nas compras de mercearia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
d Subir vários lanços de escada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
e Subir um lanço de escadas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
g Andar mais de 1 Km	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
h Andar várias centenas de metros .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
i Andar uma centena de metros ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

- | | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▽ | ▽ | ▽ | ▽ | ▽ |
| a | Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b | Fez menos do que queria? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c | Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d | Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--------	------------------------	-------------	-------------	-------

- | | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | ▽ | ▽ | ▽ | ▽ | ▽ |
| a | Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b | Fez menos do que queria? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c | Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo,
nas últimas quatro semanas

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▽	▽	▽	▽	▽
a Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Se sentiu muito nervoso/a? ...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Se sentiu com muita energia?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Se sentiu deprimido/a?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Se sentiu estafado/a?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Se sentiu feliz?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i Se sentiu cansado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a Parece que adoeço mais facilmente do que os outros ...	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
b Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
c Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
d A minha saúde é óptima.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		

A sua doença renal

12. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa para si?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa
a A minha doença renal interfere demasiado na minha vida	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ...	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ..	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ..	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Sinto-me um peso para a minha família .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ..	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

13. Estas perguntas são sobre como se sente e como têm corrido as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido.

Quantas vezes nas últimas 4 semanas ...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a se isolou das outras pessoas à sua volta?	▽ <input type="checkbox"/> 1	▽ <input type="checkbox"/> 2	▽ <input type="checkbox"/> 3	▽ <input type="checkbox"/> 4	▽ <input type="checkbox"/> 5	▽ <input type="checkbox"/> 6
b demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c se mostrou irritável com os que o/a rodeavam?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d teve dificuldades em se concentrar ou pensar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e se deu bem com as outras pessoas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f se sentiu confuso/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14. Nas últimas 4 semanas, até que ponto se sentiu incomodado/a por cada uma das seguintes situações?

	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Moderada- mente incomodado	Muito incomodado	Extrema- mente incomodado
	▽	▽	▽	▽	▽
A Dores musculares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Dor no peito?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Cãibras?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Comichão?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e Pele sêca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f Falta de ar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g Sensação de desmaio e tonturas?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h Falta de apetite? .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i Esgotado/a ou sem forças?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j Mãos ou pés dormentes ou adormecidos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k Náusea ou indisposição	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l (Apenas para doentes em hemodiálise) Problemas com a fístula?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m (Apenas para doentes em diálise peritoneal) Problemas com seu catéter?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Efeitos da doença renal no seu dia-a-dia

15. Algumas pessoas sentem-se incomodadas com os efeitos da doença renal no seu dia-a-dia, enquanto outras não. Até que ponto é que a doença renal o/a incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Nada incomodado	Um pouco incomodado	Moderada- mente incomodado	Muito incomodado	Extrema- mente incomodado
	▽	▽	▽	▽	▽
a Restrição de líquidos?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Restrição dietética?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Capacidade para fazer os trabalhos domésticos?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Capacidade para viajar?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Dependência de médicos e outro pessoal clínico?..	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Stresse, tensão ou preocupação causadas pela doença renal? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Aparência física?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

As três perguntas que se seguem são pessoais e dizem respeito à sua actividade sexual, mas as suas respostas são importantes para compreendermos de que forma é que a doença renal interfere na vida das pessoas.

16. Teve actividade sexual nas últimas 4 semanas?
(Faça um círculo à volta de um número)

Não 1 → Se respondeu não, por favor salte para a Pergunta 17
 Sim 2

Até que ponto cada uma das seguintes situações constituiu um problema nas últimas 4 semanas

	Sem problema	Um pequeno problema	Algum problema	Um grande problema	Um problema grave
	▽	▽	▽	▽	▽
a Ter prazer sexual?.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
b Ficar excitado/a sexualmente?.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

17. Para a pergunta seguinte, classifique o seu sono usando uma escala de 0 a 10 em que 0 representa “muito mau” e 10 “muito bom”.

Se acha que o seu sono fica entre o “muito mau” e o “muito bom”, faça uma cruz no quadrado por baixo do número 5. Se acha que o seu sono é um nível melhor do que 5, faça uma cruz no quadrado por baixo de 6. Se acha que o seu sono é um nível pior do que 5, faça uma cruz no quadrado por baixo do 4 (e assim por diante).

Numa escala de 0 a 10, como classificaria o seu sono em geral? [Faça uma cruz no quadrado.]

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

18. Com que frequência é que nas últimas 4 semanas...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer?	▽	▽	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b dormiu o tempo suficiente?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c teve dificuldade em se manter acordado/a durante o dia?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

19. Relativamente à sua família e aos seus amigos, qual o seu grau de satisfação com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a a quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos?	▽	▽	▽	▽
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4
b o apoio que recebe da família e dos amigos?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4

20. Nas últimas 4 semanas, teve um trabalho remunerado?

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

21. A sua saúde impossibilita-o/a de ter um trabalho remunerado?

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

22. Em geral, como classificaria a sua saúde?

A pior possível (tão má ou pior do que estar morto/a)	Nem muito boa nem muito má					A melhor possível				
▽					▽					▽
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfação com os cuidados prestados

23. Pense nos cuidados que recebe na diálise renal. Em termos da sua satisfação, como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa?

Muito mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor possível
▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa				
a O pessoal da diálise encoraja-me a ser tão independente quanto possível .	▽	▽	▽	▽	▽				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal									
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

A sua hemodiálise

25. Quando iniciou hemodiálise?

___ / ___ / ___

26. Frequentou a consulta de nefrologia?

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

Se sim, quanto tempo? _____

27. Iniciou hemodiálise ao fim de quanto tempo após ter tido conhecimento da sua doença?

___ / ___ / ___

28. Foi-lhe dada informação relativa à doença e ao tratamento antes de iniciar a hemodiálise?

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

29. Conhece a causa da sua insuficiência renal? Se sim, por favor escreva-a na linha em baixo.

Dados sobre si

30. Qual o seu nível de escolaridade?

Não sabe ler nem escrever	Só sabe ler e escrever	1º ciclo do ensino básico (1º-4º ano) Antiga 4ª classe	2º ciclo do ensino básico (5º-6º ano) Antiga 6ª classe	3º ciclo do ensino básico (7º-9º ano) Curso Geral dos Liceus	Ensino Secundário (10º-11º ano) Curso Complementar dos Liceus	Ensino Médio	Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)
▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

31. Se vive só, qual o seu rendimento?

Até 250€ (50 contos) mensais	De 250€ a 400€ (80 contos) mensais	De 400€ a 750€ (150 contos) mensais	De 750€ a 1.500€ (300 contos) mensais	De 1.500€ a 2.500€ (500 contos) mensais	Mais de 2.500€ (500 contos) mensais
▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

32. Se não vive só, qual o rendimento do seu agregado familiar?

Até 250€ (50 contos) mensais	De 250€ a 400€ (80 contos) mensais	De 400€ a 750€ (150 contos) mensais	De 750€ a 1.500€ (300 contos) mensais	De 1.500€ a 2.500€ (500 contos) mensais	Mais de 2.500€ (500 contos) mensais
▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar? _____

33. Qual é a sua situação familiar?

Casado/a com registo	Casado/a sem registo união de facto	Solteiro/a	Viúvo/a	Divorciado/a	Separado/a
▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

34. Qual a sua situação perante o trabalho?

Trabalha por conta própria	Trabalha por conta de outrem	Reformado Aposentado	Desempregado	Vive de rendimentos	Pensionista	Estudante
▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Qual a sua profissão? Se desempregado/a ou reformado/a, por favor indique qual a profissão que exercia?

35. Quando necessita de ajuda a quem recorre?

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
a profissionais de saúde?	▽ <input type="checkbox"/> 1	▽ <input type="checkbox"/> 2	▽ <input type="checkbox"/> 3	▽ <input type="checkbox"/> 4	▽ <input type="checkbox"/> 5	▽ <input type="checkbox"/> 6
b Familiares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d Deus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e Local de culto (ex: igreja)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

36. Qual o seu sexo?

Feminino	Masculino
▽	▽
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

38. Qual a sua idade? ____ anos

35. Qual o seu local de residência?

Localidade? _____

Código Postal? _____

Concelho? _____

Distrito? _____

Obrigado por responder a estas perguntas!