

Sónia Filipa de Figueiredo Cunha

Relatório Final

Qualidade de vida no doente em diálise

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estudo efectuado sob a orientação de
Professor António Madureira Dias

Viseu, Dezembro de 2011



À Joana e à Filipa

AGRADECIMENTO

No final deste ciclo de aprendizagem gostaria de especificar os agradecimentos a todos aqueles que, de forma mais ou menos direta, fizeram parte deste projeto ajudando-me a ultrapassar as dificuldades surgidas, tornando mais simples a passagem pelas diferentes fases, contribuindo para que este estudo se tornasse uma realidade.

Ao orientador Professor António Madureira Dias, os meus sinceros agradecimentos pelo apoio e conselhos partilhados, e a disponibilidade que sempre me dispensou, contribuindo para o meu enriquecimento nos conhecimentos de investigação e procedimentos estatísticos utilizados, Pela sua orientação, pela confiança depositada, pelas críticas e pelas sugestões.

Aos insuficientes renais crónicos em diálise, que pacientemente colaboraram no estudo que sem eles a investigação não poderia ser realizada.

Às equipas onde foram colhidos os dados, pela disponibilidade.

À minha família, em especial à minha mãe e às minhas filhas pelo apoio, compreensão e carinho que me transmitiram, durante este período de tempo.

Aos meus amigos e colegas pelo incentivo, paciência e apoio demonstrados ao longo da realização deste trabalho, que sempre se disponibilizaram, pelo incentivo, pela paciência e pelo carinho.

A todos eles, e aos que de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo, um grande e sincero OBRIGADO

RESUMO

Com o avanço tecnológico e científico no tratamento dos doentes renais crónicos, o aumento da sobrevivência desses doentes em tratamento dialítico é uma realidade. Portanto, a atenção deve estar voltada para proporcionar um tratamento substitutivo da função renal que ofereça também uma melhor QDV a esses doentes.

Assim, para este trabalho, formulou-se a seguinte questão de investigação: *Será que o tipo de tratamento (hemodiálise e diálise peritoneal) interfere na QDV dos doentes?*

Delimitaram-se como objetivos do estudo: identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a QDV, variáveis clínicas, variáveis sociofamiliares e o tipo de diálise e a percepção da QDV dos doentes em tratamento substitutivo da função renal; identificar a correlação entre a QDV e as variáveis “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”. Realizou-se um estudo orientado segundo uma lógica descritiva correlacional, utilizando como instrumento de colheita de dados a Escala KDQOL SF™1.3 *version*. Foram também utilizados questionários de caracterização sociodemográfica; caracterização do sociofamiliar; caracterização clínica.

A amostra era constituída por 97 doentes, com uma média de idades de 58.45 anos, oscilando entre os 19 e os 89 anos, sendo maioritariamente do sexo masculino; 57.70% dos indivíduos fazem hemodiálise e 42.30% diálise peritoneal.

Verificou-se que a QDV é o resultado da ação positiva ou negativa das relações percebidas pelos sujeitos da amostra face à doença e ao tratamento, tendo em conta também as suas características sociodemográficas e sociofamiliares. Na generalidade constatou-se que foram os doentes sujeitos à diálise peritoneal que perceberam a sua QDV de forma mais positiva, comparativamente aos doentes em hemodiálise, demonstrando-se que o tratamento substitutivo da função renal interfere na QDV destes doentes.

Palavras-chave: Insuficiente renal crónica, hemodiálise, diálise peritoneal e qualidade de vida

ABSTRACT

With the scientific and technological advancement in the treatment of chronic renal patients, the increased survival of such patients is a reality. Therefore, attention should be focused to provide a substitute treatment of renal function that offers also a better quality of life to these patients.

So, it was formulated the following research question: *Does the type of treatment (hemodialysis and peritoneal dialysis) interferes with the patient quality of life?*

The goals of the study are: to identify the relationship between socio-demographic variables and quality of life, clinical variables, sociofamiliar variables and the type of dialysis and the perception of quality of life of patients in substitute treatment of renal function; to identify the correlation between quality of life and the variables "Age"; "Dialysis Time" and "Family" Functionality". There was a descriptive logic oriented correlational study, using as data collection instrument the scale KDQOL SF Scale™ 1.3 version. We also used questionnaires of sociodemographic characterization; sociofamiliar characterization and clinical characterization.

The sample consisted of 97 patients, with a mean age of 58.45 years, oscillating between the 19 and 89 years, mostly male; 57.70% of them do hemodialysis and 42.30% peritoneal dialysis.

It was found that the quality of life is the result of positive or negative relations perceived by the subject of the sample facing the illness and treatment, taking into account also the sociodemographic and sociofamiliar characteristics. In general it was found that they were patients under peritoneal dialysis which found its quality of life more positively, compared to patients on hemodialysis, demonstrating that the substitute treatment of renal function in these patients interferes with the quality of life.

Keywords: Chronic renal failure, hemodialysis, peritoneal dialysis, quality of life

INDICE

Página

INDICE DE FIGURAS	
INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
ÍNDICE DE SÍMBOLOS	
1 - INTRODUÇÃO	19
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 - INSUFICIÊNCIA RENAL	25
2.1 - CONTEXTO BIOTECNOLÓGICO DA HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL	27
2.2 - QUALIDADE DE VIDA NA DIÁLISE	31
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO	
3 - METODOLÓGIA	35
3.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	35
3.2 - TIPO DE INVESTIGAÇÃO	36
3.3 – PARTICIPANTES.....	38
3.3.1 – Caracterização sociodemográfica	39
3.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	40
3.5 - PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DO ESTUDO	41
3.6 – PROCEDIMENTOS ESTATISTICOS	42
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	45
4.1.1 – Caracterização das variáveis sociofamiliares	45
4.1.2 – Caracterização das variáveis clínicas	46
4.1.3 – Caracterização da Qualidade de Vida	49
4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL	51
5 - DISCUSSÃO	77
5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	77
5.2 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	78

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO A - Questionário aplicado na colheita dos dados

ANEXO B - Parametrização e Caracterização psicométrica da escala

ANEXO C - Pedido de autorização e respectiva autorização para o uso da escala KDQOLSTM 1.3

ANEXO D - Autorização dos hospitais, onde foram aplicados os questionários

ANEXO E - Pedido de consentimento aos indivíduos que constituem a amostra, antes de responder ao questionário

APENDICES

APENDICE I - Estatísticas relativas às variáveis sociodemográficas

APENDICE II - Teste Kolmogorov–Smirno relativo à variável Qualidade de Vida

APENDICE III - Estatísticas relativas às variáveis sociofamiliares

APENDICE IV - Estatísticas relativas às variáveis clínicas

APENDICE V - Estatísticas relativas à Qualidade de Vida

APENDICE VI - Análise inferencial

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas	37
Figura 2 - Síntese das relações entre o <i>Efeito da doença renal na vida diária</i> e variáveis independentes	59
Figura 3 - Síntese das relações entre a <i>actividade profissional</i> e variáveis independentes	61
Figura 4 - Síntese das relações entre a <i>função cognitiva</i> e variáveis independentes	62
Figura 5 - Síntese das relações entre a <i>qualidade da interacção social</i> e variáveis independentes	63
Figura 6 - Síntese das relações entre a <i>função sexual</i> e variáveis independentes	64
Figura 7 - Síntese das relações entre o <i>apoio social</i> e variáveis independentes	66
Figura 8 - Síntese das relações entre a <i>função física</i> e variáveis independentes	69
Figura 9 - Síntese das relações entre a <i>dor</i> e variáveis independentes	71
Figura 10 - Síntese das relações entre o <i>desempenho emocional</i> e variáveis independentes	74
Figura 11 - Síntese das relações entre a <i>função social</i> e variáveis independentes	75

INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CV – Coeficiente de Variação

CHTV, EPE – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial

DPA – Diálise peritoneal Automática

DPCA – Diálise peritoneal contínua ambulatoria

DP – diálise peritoneal

Dp – desvio padrão

DRC – Doença renal crónica

EP – Erro Padrão

et al – E outros

FAV – Fístula artério-venosa

HTA – Hipertensão arterial

H1 – Hipótese 1

H2 – Hipótese 2

H3 – Hipótese 3

H4 – Hipótese 4

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC – Insuficiente renal crónico

K – Courtose

KDQOL SF - *Kidney Disease Quality of Life*

K-S – Kolmogorov-Smirnov

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Probabilidade de erro

QDV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

r – Correlação de Pearson

S/K – Simetria

SK – *Skewness*

SPSS – Statistical Package for the Social Science

t – Valor de *t de student*

U – Valor do teste U de *Mann-Whitney*

X^2 – Teste de qui quadrado

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

\bar{X} - Média

% - Percentagem

> - Maior que

\geq - Maior ou igual a

<- Menor que

\leq - Menor ou igual a

1 - INTRODUÇÃO

Tem-se verificado um aumento crescente da incidência da diálise em Portugal, como consequência do aumento da insuficiência renal crónica. Esta condição de saúde provoca drásticas alterações nas actividades da vida diária, sendo uma das doenças mais exigentes quer pela agressividade do tipo de tratamento, quer pela sua necessária continuidade (ANES e FERREIRA, 2009).

Nas últimas décadas, os avanços nos procedimentos ao nível da diálise e na padronização de rotinas clínicas para o tratamento de doentes com doença renal crónica tem melhorado a terapia e prolongado a sua sobrevida. Ao mesmo tempo, o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) fortalece-se como um novo objectivo a ser atingido (ARENAS [et al.], 2009).

Os actuais conceitos de diálise reforçam que as terapias devem atingir resultados semelhantes a longo prazo, independentemente da modalidade terapêutica escolhida. Assim, a QVRS passa a ser um importante parâmetro no momento de definir o tratamento renal substitutivo.

Os doentes crónicos sujeitos a hemodiálise e a diálise peritoneal confrontam-se diariamente com o facto de que a sua vida não é possível senão graças a um profundo conhecimento e alta tecnologia médica. O doente tem muitas vezes consciência de se encontrar num estado de sobrevivência, atribuindo, assim, maior relevância à Qualidade de Vida (ANES e FERREIRA, 2009). A avaliação de Qualidade de Vida vem crescendo em importância como medida de avaliação de resultados de tratamento em medicina.

O conceito de Qualidade de Vida é, no entanto, de difícil definição, dadas as múltiplas variáveis que incidem sobre o seu significado, desde a concepção individual, passando pelos contextos históricos, culturais, filosóficos, sociais e científicos, que interagem na experiência humana. A maioria dos autores é da opinião de que o conceito de qualidade de vida engloba vários factores considerados como externos à prática dos cuidados, mesmo até à própria pessoa, mas importantes numa visão holística, mais vasta da vida do Homem (DINIZ e SCHOR, 2006).

Os doentes com insuficiência renal submetidos a hemodiálise e a diálise peritoneal, como tratamento paliativo, despertaram o interesse em aprofundar as consequências da doença e respetivo tratamento na vida destes doentes, pois empiricamente verificaram-se profundas limitações nas suas actividades de vida.

Por outro lado, tem-se assistido a uma revolução tecnológica, que lançou desafios novos à medicina e à enfermagem, na medida em que se, por um lado, trouxe um aumento da esperança de vida, comportou também consigo a hipótese de um indivíduo ter uma maior longevidade, que nem sempre se traduz num aumento da Qualidade de Vida, mas a um processo de doença mais moroso, que em alguns casos coexiste com a sobrevivência e com a vivência de uma doença com grande angústia e sofrimento para o doente, no desenvolvimento da qual não basta sobreviver, é essencial viver (FERREIRA e SANTANA, 2003).

Existem alguns estudos que procuram avaliar a qualidade de vida no doente IRC em diálise, mas poucos são os que avaliaram a QVRS de doentes em diálise peritoneal. ANES (2009) após a realização do seu estudo, concluiu que a qualidade de vida nos doentes em diálise peritoneal é semelhante à dos doentes em hemodiálise. Em Portugal ANES realizou um estudo de qualidade de vida em diálise, por não se conhecerem estudos sobre a percepção da qualidade de vida em doentes com insuficiência renal crónica em diálise, nem tão pouco medidas específicas de avaliação da percepção dessa qualidade de vida, devidamente adaptados e validados para a população portuguesa (ANES e FERREIRA, 2009).

No seu estudo, ANES e FERREIRA (2009) concluiu que é importante introduzir a “avaliação da qualidade de vida como indicador positivo dos cuidados de saúde”, a percepção do estado de saúde está associado a maior bem-estar e satisfação, contribuindo para uma menor morbilidade e menor despesa.

Por tudo isto, sentimos necessidade, enquanto enfermeiros, de perceber qual a qualidade de vida do doente IRC em diálise. Como olha o IRC para a sua saúde, como se sente e qual a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia, ou seja, qual a percepção que estes doentes têm da sua qualidade de vida.

Face ao exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação, para o enquadramento do presente trabalho:

- Será que o tipo de tratamento (hemodiálise e diálise peritoneal) interfere na Qualidade de Vida dos doentes?

Partindo desta questão, estabeleceram-se vários objectivos para conduzir a nossa investigação: analisar a relação entre o tipo de tratamento (hemodiálise ou diálise peritoneal) e a QDV dos doentes em tratamento substitutivo da função renal; relacionar as variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado civil, Residência, Habilitações literárias, Rendimento mensal) e a Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal; re-

lacionar as variáveis clínicas (Tempo de diálise, Escolha do método de tratamento, admissão) e a percepção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal; identificar a relação entre o tipo de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) a percepção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal; identificar a correlação entre a Qualidade de Vida e as variáveis “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”.

Para obtermos dados que nos permitam comparar os resultados por nós obtidos com estudos já efectuados, iremos realizar um estudo orientado segundo uma lógica descritiva correlacional, utilizando como instrumento de colheita de dados KDQOL SFTM1.3 *version*.

No sentido de uma melhor compreensão do presente trabalho, apresentamos de seguida a forma como o mesmo se estrutura. Assim, o corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico.

A primeira parte versa sobre vários aspetos que permitiram uma pequena abordagem ao enquadramento e suporte teórico do trabalho.

A segunda parte abarca todos os conteúdos próprios ao estudo empírico e está dividida em quatro capítulos. A Metodologia onde apresentamos e descrevemos a investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho da investigação, a população e a amostra, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados. Depois, apresentamos os resultados, a sua análise. A discussão metodológica e dos resultados, e por último, mostramos as conclusões.

Esperamos que este estudo contribua, de forma efetiva, para o conhecimento da percepção da qualidade de vida, na população estudada e para o desenvolvimento de linhas orientadoras na intervenção dos enfermeiros, de forma a promoverem estratégias para melhorar a QDV nos indivíduos em tratamento substitutivo da função renal (hemodiálise ou diálise peritoneal).

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- INSUFICIÊNCIA RENAL
- CONTEXTO BIOTECNOLÓGICO DA HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL
- QUALIDADE DE VIDA NA DIÁLISE

2 - INSUFICIÊNCIA RENAL

A insuficiência renal instala-se quando os rins são incapazes de manter um meio interno compatível com a vida e se adivinha a irreversibilidade de retorno do funcionamento adequado dos rins. As infeções recidivantes, as exacerbações da nefrite, a obstrução das vias urinárias e a destruição dos vasos sanguíneos, devido à diabetes e à hipertensão arterial, são cofatores da formação de cicatrizes no tecido renal, o que desencadeia a progressiva perda da funcionalidade dos rins. Porém, em alguns casos, esta demora não se verifica, ocorrendo a perda da função renal total de uma forma aguda, desenvolvendo-se, geralmente, em poucas horas ou dias após, o estímulo traumático directo dos rins (CHAMNEY, 2007).

De acordo com a autora supracitada, a obstrução e infecção das vias urinárias e a doença hipertensiva são as principais causas das lesões renais e da insuficiência renal, geralmente não são tratadas dado o carácter assintomático.

A hemodiálise e a diálise peritoneal representam bons exemplos de como o avanço rápido da ciência, pode contribuir para a Qualidade de Vida dos doentes. Colocando a tónica num desafio colocado pela Organização Mundial de Saúde (1995), referenciada por Diniz e Schor (2006) não chega “dar anos à vida”, mas é crucial que se dê “vida aos anos”, para que se ultrapasse a vertente exclusivamente tecnicista, contribuindo, assim, para que se caminhe para a tão almejada “humanização dos cuidados”, investindo-se na Qualidade de Vida das pessoas, tal como se expõe seguidamente.

No organismo existe uma regulação activa para manter a homeostasia do meio interno, contrabalançando todos os factores que a possam alterar. Esta regulação baseia-se fundamentalmente em dois sistemas que executam independentemente a sua capacidade reguladora: o controlo da ingestão pelo aparelho digestivo (sede e apetite) e controlo da eliminação pelo rim. Neste contexto, pode-se afirmar que para manter o equilíbrio hídrico e estabilizar o volume e as características físico-químicas do líquido extra-celular, o rim produz a urina (GARCIA, 2001).

A insuficiência renal (GARCIA, 2001) instala-se quando os rins são incapazes de manter um meio interno compatível com a vida e se adivinha a irreversibilidade de retorno do funcionamento adequado dos rins. As infeções recidivantes, as exacerbações da nefrite, a obstrução das vias urinárias, e a destruição dos vasos sanguíneos devido a diabetes e hipertensão arterial, são cofatores da formação de cicatrizes no tecido renal, o que desencadeia

deia a progressiva perda da funcionalidade dos rins. Porém em alguns casos, esta demora não se verifica, ocorrendo a perda da função renal total de uma forma aguda, desenvolvendo-se geralmente poucas horas ou dias após estímulo traumático directo dos rins.

A obstrução e infecção das vias urinárias e a doença hipertensiva são as principais causas das lesões renais e da insuficiência renal, geralmente não são tratadas dado o carácter assintomático (CHAMNEY, 2007).

Assim e como se pode verificar o tratamento da insuficiência renal deve passar forçosamente pela prevenção primária de modo a prevenir a instalação da doença e/ou reduzir a sua incidência através de uma crescente atenção à promoção geral da saúde. Com efeito, as consultas de enfermagem a nível da saúde comunitária são o local privilegiado para detectar alterações comportamentais não conducentes a saúde, realizar os ensinamentos apropriados e os exames físicos habituais (como a avaliação da tensão arterial, pesquisa de glicemia capilar e a análise de urina), assim como questionar em caso de suspeita sobre os sinais e sintomas de infecção do tracto urinário, de modo a detectar precocemente patologias que podem levar à insuficiência renal.

Embora os mecanismos fisiopatológicos da insuficiência renal sejam comuns à doença propriamente dita, os mecanismos específicos que conduzem à mesma dependem em grande parte do agente etiológico que lhe deu origem. Durante a insuficiência renal, dada a sua natureza evolutiva, algumas unidades orgânicas, os nefrónios (incluindo os glomérulos e túbulos) permanecem intactos, enquanto outros são destruídos (hipótese do nefrónio intacto). Seguidamente ocorre uma hipertrofia dos nefrónios intactos com uma crescente produção de volume de filtrado, maior reabsorção tubular, apesar de se constatar uma menor taxa de filtração glomerular. Este método de adaptação permite o funcionamento do rim até cerca de três quartos dos nefrónios terem sido destruídos (CHAMNEY, 2007).

Nos doentes em falência renal que vamos instituir terapêuticas de substituição da função renal: transplante renal e diálise. Estas terapêuticas constituem possibilidades em prolongar a vida dos doentes em falência terminal.

Existem dois tipos de diálise: a **hemodiálise** e a **diálise peritoneal (DP)**. Na hemodiálise há utilização de uma membrana artificial; na diálise peritoneal utiliza-se a própria membrana peritoneal. A hemodiálise e a diálise peritoneal são opções de igual eficácia e complementares. O doente pode sempre mudar da hemodiálise para a diálise peritoneal e vice-versa.

2.1 - CONTEXTO BIOTECNOLÓGICO DA HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL

A história do tratamento hemodialítico iniciou-se em 1830, quando um físico Inglês denominado Thomas Graham verificou, que ao separar dois líquidos com substâncias dissolvidas numa membrana celulósica, estabelecia troca entre elas.

Nesta experiência ou fenómeno, o físico chamou-lhe “Diálise” e às membranas com estas características “semipermeáveis” (ASSOCIAÇÃO DE DOENTES RENAIIS DO NORTE DE PORTUGAL, 2010).

Contudo só passados oitenta anos, em 1913 nos Estados Unidos, com Jonh Abel é que a hemodiálise se tornou uma realidade ao ser aplicada e testada em animais. Para o efeito, Abel utilizou este tratamento em cães sem rins, vindo a criar o que chamou o primeiro “rim artificial”. Este “ rim artificial” era composto por uma série de tubos de celulose mergulhados em soro fisiológico onde circulava o sangue dos cães. É óbvio que surgiram problemas técnicos que desmotivaram esta experiência: desde já a fragilidade das membranas que provocavam rupturas frequentes; a inexistência de heparina, que contribuía para que acontecessem incidentes como a coagulação do sangue e as recidivantes infecções provocadas pela inexistência de esterilização (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008).

Em 1917, o mundo assistia à 1ª. Guerra Mundial, e George Hass à terrível visão de doentes em urémia pela Insuficiência Renal Aguda (IRA), o que o levou a alterar o protótipo do “rim artificial” do seu colega John Abel, aumentando a área das membranas, e iniciando os primeiros passos da esterilização dos componentes do circuito extra-corporal com etanol. Tendo cerca de uma década após a modificação do protótipo, utilizado a hemodiálise pela primeira vez no ser humano, no caso de um doente urémico. Esta primeira experiência no ser humano, consistiu em retirar meio litro de sangue ao doente (o volume necessário para preencher o circuito), e fazê-lo circular pelos tubos meia hora banhados com o soro e reinfundi-lo novamente no doente, claro está, que não foi obtido qualquer resultado positivo. Contudo este passo permitiu que HASS em 1928 reiniciasse o método, adicionando-lhe heparina e realizando nove passagens do sangue pelo circuito e não uma, como anteriormente havia feito. Contudo e apesar de esta experiência ter sido positiva, faltavam os materiais adequados que permitissem o contacto extracorporal com o circuito propriamente dito (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008).

Em meados de 1936 quando se iniciou a comercialização de celofane, este veio dar um empurrão para a melhoria da diálise. Durante a Segunda Guerra Mundial (1940), o holandês Kolff (considerado por alguns o pai da hemodiálise) fez um “Rim Artificial” que consistia num tubo de 40 metros de celofane enrolado num cilindro que rodeava um tanque com uma solução. O sangue do doente circulava dentro do tubo e a cada rotação do cilindro den-

tro do tubo, o sangue mergulhava no tanque. Por meados do ano de 1943, Kolff, utilizou pela primeira vez este “Rim Artificial” num doente com insuficiência renal crónica. Este método de Diálise foi igual ao que fez inicialmente George Haas. O Rim de Kolff tinha uma inovação: possuía um sistema de propulsão do sangue no circuito (com a adaptação de uma bomba de água de um automóvel), o que permitiu que pela primeira vez fosse utilizada num doente a diálise contínua. Puncionava-se uma artéria e uma veia, e o sangue circulava continuamente. O problema mais relevante que acontecia reportava-se ao facto de cada vez que se fazia este tratamento era necessária uma nova artéria e nova veia. O doente que fez esta “experiência” viria a falecer no vigésimo sexto dia após este tratamento (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008).

De acordo com a mesma fonte, o ano de 1945 foi o que marcou a sobrevivência do primeiro doente do “rim artificial” de Kolff, com uma, que conseguiu alcançar a durabilidade de uma sessão de hemodiálise de onze horas e no futuro recuperou a sua função renal.

Descrente até então da possibilidade de se aplicar este tratamento a doentes com insuficiência renal em estado considerado avançado Kolff escreveu em casos de insuficiência renal irreversível não há indicação para tratamento pelo rim artificial. Assim, só na década de sessenta é que Scribner e Quinton descreveram um dos marcos históricos, senão o maior (na altura) no tratamento da insuficiência renal, pela hemodiálise: o “shunt” artério-venoso externo permanente com a cânula de teflon. A partir desta descoberta foi possível realizar múltiplos tratamentos e proceder à avaliação regular dos mecanismos íntimos da hemodiálise, com vantagens evidentes para os utilizadores deste shunt. Embora não fosse isenta de complicações designadamente infecções e coagulações, a cânula de Teflon permitiu resolver o problema dos acessos vasculares repetidos e tornar este tratamento, num tratamento permanente e não episódico. Por todo o mundo, mais de 100.000 pessoas que antes estavam condenadas à morte, vêem actualmente a sua vida assegurada através desta técnica (JENKINS, 2007).

Desde então, verificou-se uma espantosa evolução tanto nos aspectos técnicos deste tratamento como na sua divulgação. E apesar das alternativas terapêuticas entretanto surgidas, como o transplante renal e a diálise peritoneal contínua ambulatoria, a hemodiálise é ainda actualmente a trave mestra da abordagem terapêutica da insuficiência renal (JENKINS, 2007).

Assim e para melhor redefinir este tratamento pode dizer-se que a hemodiálise é uma técnica que permite substituir artificialmente a função renal e consiste no estabelecimento de uma circulação extracorporeal do sangue, através de acessos vasculares formados por uma membrana semipermeável; membrana esta, que separando o sangue duma solu-

ção salina adequada, vai possibilitar a sua depuração por meio de trocas osmóticas e dialíticas. Os solutos e a água atravessam a membrana através de dois mecanismos básicos: a difusão e ultrafiltração. A eliminação do excesso de água é um problema importante no tratamento da insuficiência renal que é resolvido com base no mecanismo de ultrafiltração (LIMA, 2000).

A obtenção de uma via de acesso à circulação sanguínea pode ser estabelecida pela anastomose subcutânea de uma extremidade arterial com uma veia vizinha (Fístula artério-venosa), pela interposição subcutânea de uma extremidade arterial e uma veia (enxerto artério-venoso) ou ainda pelo implante de um cateter de silicone de duplo lúmen (cateter de longa permanência), em uma veia de grande calibre. A fístula artério-venosa (FAV) é a via de acesso vascular permanente de maior durabilidade e segurança, sendo a mais comum entre os doentes submetidos à hemodiálise (RAJA, *apud* por LIMA, 2005)

A hemodiálise é um tratamento de apoio à função renal e consiste na remoção de substâncias tóxicas e excesso de líquido por uma máquina de diálise, em um procedimento cuja duração leva de 3 a 4 horas, necessitando ser realizado numa frequência de 3 a 4 vezes por semana. A máquina funciona como um rim artificial, pois contém um filtro especial que purifica o sangue do paciente. No início da hemodiálise, o paciente pode apresentar dificuldades de adaptação, verificando-se ansiedade, o que pode persistir ao longo do tratamento (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008).

A alta do programa poderá ocorrer pela troca da modalidade de tratamento como, por exemplo a mudança da hemodiálise para a diálise peritoneal contínua ou transplante renal (LIMA, 2005).

A hemodiálise, é a opção de tratamento dialítico, mais utilizado e aceite universalmente para o tratamento da insuficiência renal. De entre as modalidades terapêuticas existentes para o tratamento da insuficiência renal, o transplante renal é considerado ideal por ser o mais adequado e de menor custo operacional. Entretanto, a dificuldade para obtenção de rins para a sua viabilidade e o número reduzido de centros transplantadores activos e capacitados para realizá-lo fazem com que os doentes se submetam ao tratamento dialítico para a manutenção de sua vida.

A diálise peritoneal processa-se intermitentemente, dentro do abdómen do doente, em que a membrana peritoneal funciona como um filtro natural, o dialisador, substituindo a membrana semipermeável da hemodiálise, ao ser posto em contacto com a solução dialisante. Para tal, é colocado um cateter na cavidade abdominal, através de uma pequena cirurgia, por onde é instilada a solução dialisante. O dialisante permanece algum tempo no peritoneu onde exerce a função de um «íman» extraindo do sangue o excesso de líquidos e

toxinas acumuladas sendo depois drenado. Este processo repete-se de forma cíclica. (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008).

Consiste na introdução de 2 a 2,5L de solução contendo dextrose na cavidade peritoneal com permanência do fluido durante 4 a 8h. Os materiais tóxicos são removidos por convexão (obtida por ultrafiltração) e por difusão, a favor do gradiente de concentração, até que se atinge um equilíbrio. (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008).

Para a realização desta técnica dialítica é necessária a implantação de um cateter a nível peritoneal que permita taxas adequadas de infusão e drenagem da solução, depois da colocação os cateteres ficam na cavidade abdominal cerca de um mês antes de serem utilizados e são exteriorizados na altura de iniciar o tratamento, quando é iniciado o ensino. Este período pode ser mais alargado mediante a evolução da situação clínica do doente ou em casos excepcionais, o cateter peritoneal pode ser utilizado logo após a sua colocação.

A DP é feita no domicílio do doente, onde lhe é fornecido todo o material (pela baxter ou Fresenius – consoante o cateter do doente). A equipa médica ou a médica assistente decide que a doente deve iniciar o tratamento, é feito um ensino ao doente sobre como executar a técnica, quais os cuidados a ter, após o que o doente fica autónomo.

A DP é feita no domicílio do doente, onde lhe é fornecido todo o material (pela baxter ou Fresenius – consoante o cateter do doente). A equipa médica ou a médica assistente decide que a doente deve iniciar o tratamento, é feito um ensino ao doente sobre como executar a técnica, quais os cuidados a ter, após o que o doente fica autónomo.

São duas as modalidades de DP:

Diálise peritoneal contínua em ambulatório (DPCA) – processo manual, o doente faz as trocas de solução dialisadora 4 a 5 vezes por dia, (permanência do líquido cerca de 6 horas) demora 20 minutos (drenagem do dialisado manual a favor da gravidade). A duração da troca é de aproximadamente 20/30 minutos. Entre cada troca o doente pode realizar as suas actividades normais, já que o líquido de diálise efectua o seu trabalho no abdómen do doente. Ao deitar, há instilação de líquido de diálise, que permanece toda a noite no abdómen do doente. (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008)

Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) – o doente realiza cerca de 10h de cicladora em cada noite, ficando com o abdómen seco durante o dia, implica a utilização duma cicladora, que é programada, após a qual, aquece o líquido de diálise; infunde um determinado volume na cavidade abdominal que permanece lá um tempo determinado e findo esse período faz a drenagem do efluente, repetindo estes ciclos o número de vezes que esteve

rem programados. Estas trocas são geralmente feitas no período noturno, (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2008)

As implicações sociais decorrentes do tratamento dialítico são largamente mensuráveis se tivermos em consideração a expressão que a hemodiálise tem a nível europeu 600.000 pessoas (dados estatísticos da *European Dialysis and Transplant Association*) e em Portugal, que já em 1984 contava com 1800 dialisados, representando o seu tratamento um custo de cerca de dois milhões de contos/ano e prevendo-se para os anos futuros a entrada em diálise de 500 pessoas/ano. (FERREIRA e SANTANA, 2003)

2.2 - QUALIDADE DE VIDA NA DIÁLISE

A adaptação a um tratamento, que exige que pelo menos três vezes por semana (número médio de sessões dialíticas) o doente seja ligado a uma máquina durante quatro a seis horas, constitui um processo muito complexo, pois a sua existência passa a girar indubitavelmente em redor desta necessidade vital. O seu mundo modifica-se, a sua autonomia abate-se e com um futuro sempre incerto, o seu presente passa inevitavelmente a ser condicionado pela doença e pelas exigências do tratamento, as quais vão interferir nas diversas esferas da sua vida psicológica, familiar, social, profissional, no modo como se vê a si próprio e na forma como é visto pelos outros (CUADRADO, 2001)

Na realidade, ao rever-se a literatura publicada, constatou-se que a investigação na área biopsicosocial acompanha as diversas etapas do desenvolvimento do tratamento dialítico, de forma a mais prementemente responder às questões que cada fase levantou de um modo específico. Assim, não é surpreendente que numa primeira fase do tratamento hemodialítico, em que este deixava de ser um método experimental efectuado em centros de ponta para ser uma técnica largamente divulgada e implementada; os primeiros trabalhos se tenham debruçado especialmente sobre os problemas emocionais e de reabilitação profissional dos hemodializados, sendo a reinserção laboral o mais alto índice de qualidade de vida. Contudo, desde que a hemodiálise tornou efectivamente possível a sobrevivência do insuficiente renal com uma viabilidade e extensão a um número de doentes progressivamente maior, a investigação neste âmbito passou a abarcar uma multiplicidade de questões do foro psicossocial, que a prática clínica quotidiana foi divulgando (CUADRADO, 2001)

É imprescindível a introdução da avaliação da Qualidade de Vida como indicador positivo dos cuidados de saúde, sendo, segundo Bowling (1995, *apud* ANES e FERREIRA, 2009), fundamentais e imprescindíveis as percepções dos indivíduos sobre a sua própria saúde.

A QVRS é um conceito subjectivo relacionado com os efeitos percebidos do estado de saúde na capacidade para viver a vida. Nesta perspectiva, Qualidade de Vida é entendida também como uma percepção individual, variando de pessoa para pessoa, dependendo de conceitos e opiniões formadas, de acordo com o meio sociocultural e religioso em que está inserida. Advém a necessidade de medidas de avaliação baseadas na auto-percepção (ANES e FERREIRA, 2009).

As avaliações de Qualidade de Vida começam, assim, a fazer parte do dia-a-dia da prática clínica, para medir problemas que interferem no bem-estar e na vida dos doentes, constituindo-se como medidas efectivas para a avaliação terapêutica de doentes e de grupos de doentes.

Sendo a Qualidade de Vida uma entidade multidimensional, a sua avaliação não se pode, no entanto, restringir à mensuração dos resultados obtidos com tratamentos e intervenções médicas, devendo englobar o impacto que a doença e o tratamento representam nas várias dimensões do indivíduo. As medições do estado de saúde fornecem, deste modo, bases que permitem a comparação entre grupos e para a detecção de iniquidade em relação a condições de saúde, áreas geográficas, condições sociais ou condições económicas (FERREIRA e SANTANA, 2003).

Verifica-se que a QVRS e a percepção do estado de saúde estão associados a um mais alto nível de bem-estar e de satisfação dos indivíduos e, por outro lado, a uma melhor adaptação às circunstâncias e uma maior rentabilidade, contribuindo para uma menor morbilidade e, conseqüentemente, menor despesa (ANES e FERREIRA, 2009).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusões

3 – METODOLOGIA

Neste ponto, pretendemos abordar aspectos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objectivos a que nos propusemos. Iremos descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

3.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O crescimento significativo do número de pessoas acometidas pela doença renal crónica (DRC) em Portugal e no mundo, como consequência do aumento da insuficiência renal crónica, resulta numa condição de saúde que provoca drásticas alterações nas actividades da vida diária, sendo uma das doenças mais exigentes quer pela agressividade do tipo de tratamento, quer pela sua necessária continuidade, para a manutenção da vida (ANES e FERREIRA, 2009).

A DRC é um diagnóstico frequente nos doentes que recorrem ao serviço de urgência, quer na sua fase aguda, quer na sua fase crónica, cuja prestação de cuidados de enfermagem carece de especial atenção, uma vez que difere na causa da patologia, no seu estágio e no tipo de tratamento a que os insuficientes renais, especialmente os crónicos, são submetidos.

O cuidado, a estes doentes, possui uma perspectiva técnica, mas também um significativo expressivo do cuidado de enfermagem, ou seja, implica o encontro entre pessoas: quem cuida e quem é cuidado (REZENDE e PORTO, 2009; RODRIGUES e BOTTI, 2009).

Os doentes insuficientes renais crónicos, como o próprio nome indica, possuem uma doença crónica com alterações patológicas irreversíveis, resultando em diversas incapacidades e comorbilidades que, na maioria das vezes, exige períodos longo de acompanhamento e de tratamento. Estes doentes têm de enfrentar alterações na saúde e na vida em geral, aos mais diversos níveis, orgânico, psíquico, social e económico, com repercussões na sua QDV.

A hemodiálise e a diálise peritoneal são bons exemplos de como o avanço rápido da ciência pode contribuir para a QDV destes doentes, o que requer um maior investimento na formação dos enfermeiros nesta área tão específica. A diálise peritoneal, apesar de ser mais recente que a hemodiálise, tem sido considerada como a terapia renal substitutiva que ofe-

rece mais benefícios aos doentes. Contudo, poucos têm sido os estudos a avaliar a QDV nas diferentes modalidades dialíticas (Arenas et al., 2009). Estes autores avançam que a QDV é semelhante entre os doentes sujeitos às várias modalidades de diálise, ainda que os doentes com diálise peritoneal terem mais tempo livre para realizarem actividades que contribuem para a melhora da sua QDV.

Face ao exposto, formulou-se a seguinte questão de partida:

Será que o tipo de tratamento (hemodiálise e diálise peritoneal) interfere na Qualidade de Vida dos doentes?

Partindo-se do pressuposto que a formulação do objectivo de um trabalho de investigação é um processo que possibilita ao investigador explorar, identificar, descrever ou, ainda, explicar e prever um determinado fenómeno, conforme argumenta Fortin (2009), devendo ser formulado com grande economia de palavras, este processo implica que se estabeleça uma relação de causa/efeito, para que se atinjam os objectivos propostos.

Como **objectivo geral**, e considerando os doentes em diálise, este estudo pretendeu analisar a relação entre o tipo de tratamento (hemodiálise ou diálise peritoneal) e a QDV dos doentes em tratamento substitutivo da função renal.

Como objectivos **específicos** definimos:

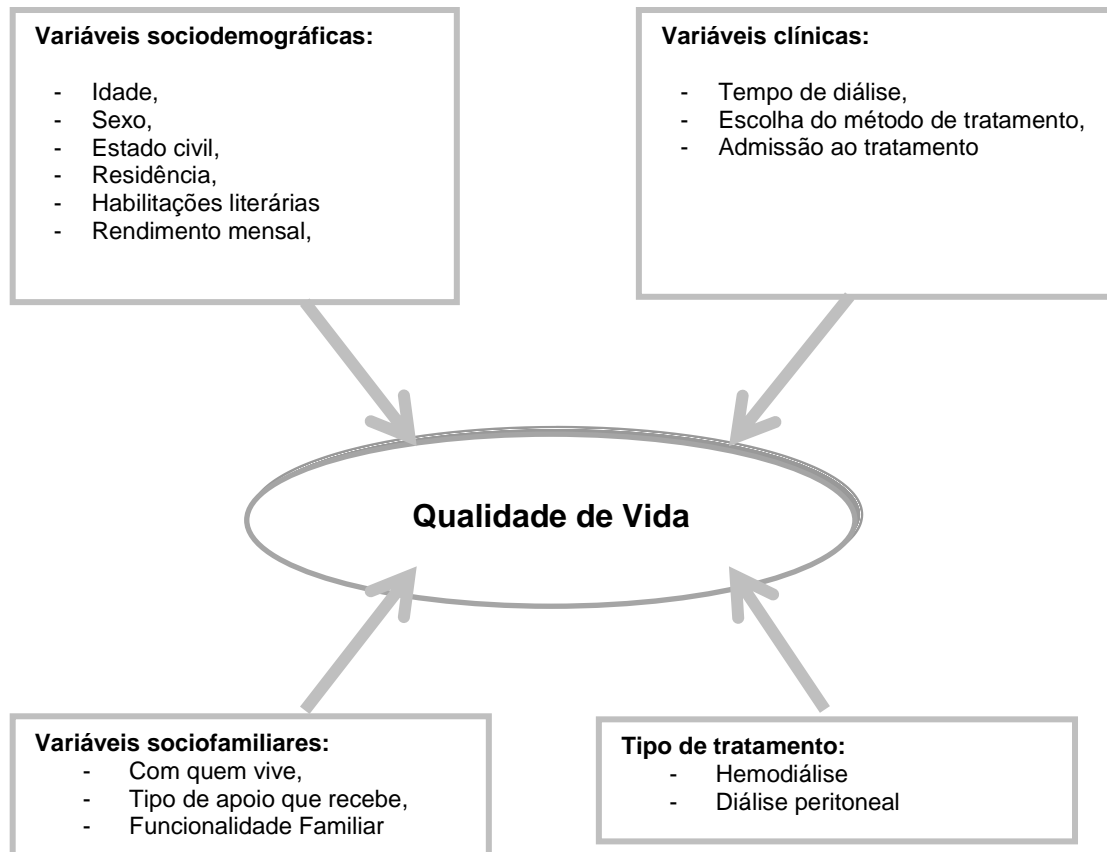
- Relacionar as variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado civil, Residência, Habilitações literárias, Rendimento mensal) e a Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal;
- Relacionar as variáveis clínicas (Tempo de diálise, Escolha do método de tratamento, admissão) e a percepção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal;
- Identificar a relação entre o tipo de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) a percepção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal;
- Identificar a correlação entre a Qualidade de Vida e as variáveis “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”.

3.2 – TIPO DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo tem um cariz transversal e será orientado segundo uma lógica descritiva correlacional dado que pretende descrever a QDV dos doentes com insuficiência renal crónica em hemodiálise e diálise peritoneal, analisando a influência das variáveis sociodemográficas, sociofamiliar e clínicas sobre a mesma.

O desenho de seguida apresentado expõe as variáveis que seleccionámos como mais importantes em detrimento de outras, com o objectivo de medi-las com precisão. A articulação das variáveis estudadas é representada no modelo esquematizado na Figura 1.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.



Hipóteses

Apresentam-se, de seguida, as hipóteses formuladas para este trabalho:

H₁ - Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado marital, Residência, Habilitações literárias, Rendimento mensal) e a Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal;

H₂ - Existe relação significativa entre as variáveis clínicas (Escolha do método de tratamento, Admissão) e a percepção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal;

H₃ – Existe relação significativa entre o tipo de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) a percepção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal;

H₄ – Existe uma correlação significativa entre a Qualidade de Vida e as variáveis “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”.

3.3 – PARTICIPANTES

A população do estudo foi constituída por 243 indivíduos com o diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica a efectuar tratamento de substituição renal, divididos da seguinte forma, 47 no Serviço de Nefrologia – Unidade de Reposição do Hospital de S. Teotónio de Visu, 83 na clínica Beirodial, Centro Médico e Diálise de Mangualde, SA e 113 a efectuar tratamento no Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto.

A amostra foi uma amostra não probabilística de conveniência, dado que foi constituída pelos utentes que se encontravam presentes nos locais escolhidos para a colheita de informação, nas datas convenientes ao investigador.

A amostra foi constituída pelos doentes em tratamento de substituição renal no Serviço de Nefrologia – Unidade de Reposição do Hospital de S. Teotónio de Visu (34%), serviço de Nefrologia do Cento Hospitalar São João do Porto (29,9%) (só doentes em diálise peritoneal) e na Clínica Beirodial (36,1%) (só doentes de hemodiálise), no período de tempo compreendido entre quinze de Março e seis de Maio de 2011.

Foram incluídos todos os doentes com idade superior ou igual a 18 anos; possuidores de insuficiência renal crónica; estar em tratamento de substituição renal (hemodiálise ou diálise peritoneal); aceitar participar do estudo e assinar o Consentimento Livre e Esclarecido.

Constituíram critérios de exclusão a existência de patologia mental, estado de inconsciência ou desorientação no tempo e no espaço e qualquer problema que impossibilite a comunicação ou o preenchimento do questionário.

3.3.1 – Caracterização sociodemográfica

A amostra deste estudo foi constituída por 97 indivíduos, dos quais 54.60% são do sexo masculino e 45.40% do sexo feminino.

Quanto à **idade**, o valor mínimo é 19 anos e o máximo é 89, com a média de idades 58.45 anos (Dp= 16.65). O coeficiente de variação (CV) 28.33%, sugere uma dispersão média (cf Apêndice 1, Quadro 2).

Os valores de simetria (Sw/ Std Error = -0.59) e curtose (Kw/ Std Error = -1.849) indicam uma curva gaussiana simétrica e mesocúrtica, abonatório de uma distribuição normal. (cf Apêndice I, Quadro 2)

Apesar da idade das mulheres ser superior à dos homens ($\bar{X} = 59.45$; dp = 1588 versus $\bar{X} = 57.25$, Dp = 17.45) o *Teste t de Student* não revelou diferenças estatisticamente significativas ($t = -0.650$, $p = 0.517$) (cf Apêndice 1, Quadro 2)

Procedeu-se ao agrupamento da variável em classes (cf Apêndice 1, Quadro 2), verificando-se que o grupo mais numeroso é “> 60 anos” com 46.40%, seguindo-se o dos “46-60” anos, em ambos os sexos.

Analisando o **estado civil**, verifica-se que a maioria é “*casada/união de facto*” (71.10%), sendo a condição de “*divorciado*” a menos representativa com 4.10%. Verifica-se ainda que o estado civil “*solteiro*” apresenta a mesma percentagem em ambos os sexos. Quanto à condição “*viúvo*” a percentagem de mulheres (15.90%) é superior à dos homens (3.80%) (cf. Apêndice 1 - Quadro 1).

Relativamente à **área de residência**, 49.50% dos indivíduos residem em áreas rurais e 50.50% em “*vilas*” e “*cidade*” (cf. Apêndice 1 - Quadro 1).

Quanto à **situação académica**, 77.00% possuem 1º ciclo do “*ensino básico*” (41.20% “*ensino primário*” e 25.80% “*ensino básico*”), 19.60% referem possuir o “*ensino secundário*” e apenas 9.30% dos indivíduos referem ter “*ensino superior*”. É de ressaltar que 4.10%.dos indivíduos, não saber ler nem escrever. (cf. Apêndice 1 - Quadro 1).

No que concerne aos **rendimentos mensais**, 61.90% recebem menos de 485€, e 20.70% auferem um valor mensal igual ou superior a 970€ (cf. Apêndice 1 - Quadro 1).

Analisando a **situação profissional** dos inquiridos verifica-se que a maioria se encontra “*reformado*”, quer antes, quer depois de iniciar o tratamento (53.60% versus 70.10%). Constatou-se que após o início do tratamento a percentagem de indivíduos empregados a tempo inteiro reduziu de 32.00% para 14.44%. (cf. Apêndice 1 - Quadro 1)

Em síntese:

- A média de idades de 58.45 anos (Dp 16.56), oscilando entre 19 e 89 anos;
- A maioria dos indivíduos tem companheiro (74.20%) que corresponde ao estado “*civil casado/união de facto*”;
- A maioria dos inquiridos reside em “*aldeia*” (49.50%);
- Relativamente ao nível de instrução, 61.00% refere ter o “*ensino básico*” e 4.10% não sabe ler nem escrever;
- Quanto ao rendimento mensal, 61.90% recebe um valor mensal inferior a 485€;

3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento utilizado foi o formulário (cf. Anexo A), no que diz respeito à estrutura do mesmo, divide-se em quatro partes. Os dados foram colhidos no período de 15 de Março e 6 de Maio de 2011.

Parte I- Caracterização Sociodemográfica – apresenta questões que permitam, sobretudo, identificarmos as características dos sujeitos da amostra, nomeadamente idade, sexo, Escolaridade/Nível de Instrução, Área de residência/Área de Proveniência, estado civil, Situação profissional.

Parte II- Caracterização do sociofamiliar – permite-nos identificar com quem vive, o tipo de apoio que recebe e qual a funcionalidade da família, através da utilização da escala de Apegar familiar, elaborada por Smilkstein, em 1978.

Parte III- Caracterização Clínica – que contém as seguintes questões: tempo de diálise e frequência, Tipo de tratamento (hemodiálise e diálise peritoneal), tipo de admissão (Programada e/ou de urgência), processo de escolha do método de tratamento, tempo demorou até iniciar diálise, vascular que tem para fazer hemodiálise, diálise peritoneal.

Parte IV- Escala KDQOL-SF™ – É um instrumento específico de avaliação da Qualidade de Vida para doentes com insuficiência renal em diálise de autoria de Hays [et al.] (1997) e bastante difundido por vários países, validada para a população portuguesa por Pedro Lopes Ferreira.

Parametrização e Caracterização psicométrica da escala, para uma melhor compreensão da mesma, encontra-se em Anexo (*cf.* Anexo B).

Foi realizado um pré-teste a 10 doentes (seis do sexo masculino e quatro do sexo feminino) com critérios de inclusão na nossa amostra, no período de 28 de Fevereiro a 4 de Março de 2011. Teve como objectivo verificar se as questões eram compreendidas e permitir resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões. Foi necessário proceder a alterações de redacção de algumas questões para melhor compreensão das mesmas.

3.5 – PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DO ESTUDO

Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, de forma a determinar aquele que melhor convém ao objectivo do estudo e às questões de investigação colocadas. É, portanto, através do instrumento de colheita de dados que o investigador obtém e regista informação necessária e pertinente à resolução do problema (FORTIN, 2009).

Esta é uma etapa fundamental para a realização de qualquer trabalho de investigação, para tal, torna-se necessário a elaboração de um instrumento de colheita de dados que vai ao encontro dos objectivos traçados.

Procurando orientar a actuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi efectuado um pedido de autorização, aos autores, para utilização da escala (KDQOL SFTM1.3) (*cf.* Anexo C). Foi feito o pedido formal de autorização para realização do estudo ao Centro hospitalar Tondela Viseu, à Clínica Beirodial, Centro médico e diálise de Mangualde, LDA; e ao Centro Hospitalar São João - Porto (nesta instituição o consentimento obtido foi de forma informal, encontramos-nos a aguardar pelo consentimento escrito) pela Escola superior de Saúde de Viseu, com vista ao consentimento da instituição serviços anteriormente citados, para a concretização do estudo. (*cf.* Anexo D)

Por fim, foi inevitável pedir o consentimento aos doentes que fizeram parte da nossa amostra (*cf.* Anexo E), ressaltando a garantia de anonimato e confidencialidade. O preenchimento dos consentimentos informados pelos inquiridos antes da aplicação dos formulários, explicando aos participantes o objectivo do estudo e o porquê da necessidade da aplicação dos formulários.

3.6 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após a colheita de dados, efectuou-se a primeira análise a todos os instrumentos de colheita de dados, com o intento de eliminar os que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. De seguida, foi elaborada a base de dados, permitindo desta forma a codificação e preparação do tratamento estatístico. No Processamento da Informação utilizou-se como ferramenta informática, o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 19.0.

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de quadros onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nos mesmos o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos doentes em tratamento substitutivo da função renal (hemodiálise e diálise peritoneal).

Como metodologia para o tratamento de dados implementou-se a análise estatística descritiva e inferencial.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância: $p < 0.05$ - Estatística significativa; $p < 0.01$ - Estatística bastante significativa; $p < 0.001$ - Estatística altamente significativa; $p \geq 0.05$ - Não significativo.

Em relação à análise descritiva e a fim de descrever as nossas variáveis determinaram-se frequências, da média (\bar{X}), do desvio padrão (Dp) e do coeficiente de variação (CV). Quanto ao CV utilizamos os intervalos definidos por Pestana e Gageiro (2008): “ $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca”; “ $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média”; “ $CV > 30\%$ – Dispersão elevada” (PESTANA; GAGEIRO, 2008)

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre SK com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -1.96 e 1.96, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -1.96, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a 1.96, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

A medida de achatamento curtose (K) obtém-se através do quociente K com o erro padrão (EP). Assim se K/EP oscilar entre -1.96 e 1.96 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -1.96, a distribuição é platicúrtica, enquanto para K/EP superior a 1.96, a distribuição é leptocúrtica (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Em relação à estatística inferencial, foi aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov* (cf. Apêndice II), mesmo não se verificando a condição de normalidade. No caso de algumas variáveis, decidiu avançar-se com a aplicação de testes paramétricos, apesar do n da nossa

amostra ser reduzido ($n = 97$), uma vez que estes são bastante robustos, podendo ser utilizados mesmo quando este pressuposto é violado a menos que tenham uma distribuição muito diferente da normal. (PEREIRA, 2008).

Maroco (2007) acrescenta que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas, o que vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro, (2005, p. 276) quando afirma que para grupos amostrais com um n superior a 30, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, para amostras iguais ou inferiores a 30, este teste exige que os grupos em análise tenham uma distribuição normal.

A estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, foi utilizada quando a condição da homogeneidade/ normalidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (PESTANA; GAGEIRO, 2008) utilizamos o teste de U-Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são expostos dois testes de t (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais).

Quando comparamos uma variável dependente a mais que uma variável independente efectuamos uma regressão múltipla. Como métodos de estimação utilizámos o *Stepwise* e o *Enter*. O primeiro origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente e o segundo incorpora as variáveis no modelo numa única etapa.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizámos valores de r que Pestana e Gageiro (2005) sugerem: $r < 0,2$ – associação muito baixa; r entre $[0,2, 0,39]$ – associação baixa; r entre $[0,4, 0,69]$ – associação moderada; r entre $[0,7, 0,89]$ – associação alta e $r > 0,9$ – associação muito alta.

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo iremos realizar a análise descritiva da amostra estudada, tendo presentes as variáveis sociodemográficas, sociofamiliares e social e variáveis clínicas. Não esquecendo as várias dimensões da Qualidade de Vida.

4.1- ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação dos vários instrumentos de recolha de dados permitiu-nos obter os resultados que a seguir apresentamos. Os quadros e tabelas realizados serão apresentados no final do trabalho, como Apêndices.

4.1.1- Caracterização das variáveis sociofamiliares

Analisando **com quem vive**, podemos observar que os inquiridos vivem maioritariamente com a “*família restrita*” (44.30%), “*cônjuge*” (38.10%) e 3.10% residem “*num lar*”. (cf. Apêndice III, quadro 1)

Quanto ao **tipo de apoio** que recebem constata-se que 61.90% dos inquiridos não recebem qualquer apoio e 83.80% recebem “*apoio familiar*”. (cf. Apêndice III, quadro 1)

Relativamente ao **Apgar Familiar** o tipo de funcionalidade da família mais observado é Família “*Altamente Funcional*” (79.40%), em ambos os sexos. (cf. Apêndice III, quadro 1)

Nos indivíduos do estudo, a média do Apgar Familiar obtido foi 8.42 (Dp= 2.60), o coeficiente de variação foi de 30.20%, indicativo de um desvio elevado em torno do valor médio. Quanto à simetria, é assimétrica negativa, enviesamento à direita (Skewness/error = -7.36) apresentando uma curva leptocúrtica (Kurtosis/error= 5.52). (cf. Apêndice III, quadro 2)

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram valores médios superiores ($\bar{X} = 8.61$, Dp = 2.23) aos apresentados pelo sexo oposto ($\bar{X} = 8.26$, dp= 2.80), não existindo diferença estatisticamente significativa ($t = -0.670$, $p.= 0.504$). (cf. Apêndice III, quadro 2)

Em suma:

- Os inquiridos vivem maioritariamente com a “*família restrita*” e “*cônjuge*” (82.40%); 6.20% residem sozinhos e apenas 3.10% residem em lar;

- O tipo de funcionalidade observado com maior frequência é “*Família Altamente Funcional*” (79.40);
- Relativamente ao tipo de apoio, a maioria refere não ter qualquer apoio (61.90%) e 83.80% refere ter “*apoio familiar*”.

4.1.2 – Caracterização das variáveis clínicas

No que respeita ao **Tipo de admissão** verificamos que é composto por dois grupos: 69.10% foram admitidos através da “*Consulta Externa*” e 30.90%, iniciaram o programa de diálise por admissão Urgente. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Em relação ao **Tipo de tratamento**, 57.70% dos indivíduos fazem Hemodiálise e 42.30% Diálise Peritoneal. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Na **Escolha do método de tratamento** 49.50% refere ter sido o médico a escolher o tipo de tratamento a realizar, dos restantes 16.50% decidiram depois de informados pelo médico e 34.00% decidiram “*após consulta de enfermagem*”. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

A maioria, 61.90% refere ter **doenças associadas**, sendo a HTA a mais frequente (32.99%) seguida da diabetes e anemia em *ex aequo* (12.37%). (cf. Apêndice IV, quadro 1)

O **Tempo de diálise** variou entre 0.08 e 13.17 anos, sendo o tempo médio de 2.68 anos (Dp=2.43 anos). O coeficiente de variação de 92.81%, indicativo de um desvio elevado em torno do valor médio. Quanto à simetria, é assimétrica positiva, com enviesamento à esquerda (Skewness/error = 7.56) apresentando uma curva leptocurtica (Kurtosis/error= 8.90). (cf. Apêndice IV, quadro 2)

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios inferiores ($\bar{X} = 2.40$, Dp = 1.99) aos apresentados pelo sexo oposto ($\bar{X} = 2.88$, Dp=2.87), não existindo diferença estatisticamente significativa ($t = -0.950$, $p = 0.345$). (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Relativamente ao **Acesso para hemodiálise**, a maior parte dos indivíduos (69.60%) tem Fístula Artério-venosa (FAV), o Cateter Venoso Central (CVC) tem 26.80% e 3.60% tem prótese. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

A necessidade de recorrer ao hospital com **problemas/complicações no acesso vascular** verifica-se em 37.50%, contrastando com os 62.50% que não recorreram. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

O **número de vezes que recorreram ao hospital com problemas/complicações no acesso vascular** varia no mínimo de 1 e o máximo 5 idas ao hospital, uma média de 2.38% (Dp=1.32 idas). (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Apresenta um coeficiente de variação de 55.46%, indicativo de uma dispersão elevada em torno do valor médio. Quanto à simetria, é assimétrica positiva, com enviesamento esquerda (Skewness/error=5.95) apresentando uma curva leptocurtica (Kurtosis/error=5.23). (cf. Apêndice IV, quadro 1 e 3)

Apesar dos indivíduos do sexo masculino apresentarem valores médios inferiores (\bar{X} =2.08, Dp = 1.04) aos apresentados pelo sexo oposto (\bar{X} =2.88, Dp= 1.64), não existe diferença estatisticamente significativa (t = -1.232, p. =0.245). (cf. Apêndice IV, quadro 3)

Relativamente à **Frequência de hemodiálise**, o valor mínimo é 2 sessões/semana e o máximo é 5, com a média de 3.05 sessões/semana (Dp=0.30). O coeficiente de variação (CV) 9.74% sugere uma dispersão fraca. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Os indivíduos do sexo masculino apresentam valores médios superiores (\bar{X} =3.12, Dp=0.33) aos apresentados pelo sexo oposto (\bar{X} = 2.96, Dp= 0.21), existe diferença estatisticamente significativa (t = 2.28, p. =0.027). (cf. Apêndice IV, quadro 3)

Quanto á **Duração da sessão** alterou entre 2 e 4 horas cada sessão, sendo a média de 3.89 horas (Dp= 0.41), mostrando uma dispersão fraca (CV= 10.59%). Apresenta uma curva assimétrica negativa, enviesada à direita (Skewness/error = -12.57) apresentando uma curva leptocurtica (Kurtosis/error= 23.88). (cf. Apêndice IV, quadro 1 e 3)

Não existe diferença estatisticamente significativa (t = -0.890, p. =0.381) entre ambos os sexos, apesar de os indivíduos do sexo masculino mostrarem valores médios superiores (\bar{X} = 3.94, Dp = 0.24) aos mostrados pelo sexo oposto (\bar{X} = 3.83, Dp= 0.58). (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Verificou-se que a necessidade de recorrer ao hospital com **problemas/complicações no orifício e/ou peritonite** é formada por dois grupos: 51.20% que não tiveram problemas/complicações e 48.80% que já tiveram de recorrer ao hospital. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

O número mínimo de vezes que **recorreram ao hospital com problemas/complicações no orifício ou peritonite** é 1 e o máximo 10 vezes, a que corresponde uma média de 2.26 idas ao hospital (Dp= 2.10). Que reflecte um coeficiente de variação de 93.10%, revelador de uma dispersão elevada em torno do valor médio. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Quanto à simetria, é assimétrica positiva, enviesada à esquerda (Skewness/error = 5.82) apresentando uma curva leptocurtica (Kurtosis/error= 10.62). (cf. Apêndice IV, quadro 4)

Os indivíduos do sexo masculino, valores médios superiores ($\bar{X} = 3.13$, $Dp = 2.95$) aos expostos pelo sexo oposto ($\bar{X} = 2.79$, $Dp = 3.08$). Contudo não existe diferença estatisticamente significativa ($t = 1.585$, $p = 0.131$). (cf. Apêndice IV, quadro 4)

Perante a **Modalidade de diálise peritoneal**, verifica-se que 29.30% praticam DPA e 70.70% realiza a DPCA. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Sendo que na DPCA o **número** mínimo de **tratamentos** realizados é de 2 por dia e o máximo 4. A que condiz uma média de 3.41 tratamentos/dia, com Dp de 0.57. Mostra uma dispersão média ($CV = 16.65\%$) em torno do valor médio. (cf. Apêndice IV, quadro 1)

Os valores de simetria ($Sw/ Std Error = 0.61$) e curtose ($Kw/ Std Error = 0.96$) indicam uma curva gaussiana simétrica e mesocúrtica, abonatório de uma distribuição normal. (cf. Apêndice IV, quadro 4)

O sexo masculino apresenta uma média de 3.42 ($Dp = 0,67$) e o sexo feminino média de 3.41 ($Dp = 0.51$), mostrando não existir diferença estatisticamente significativa ($t = 0.022$, $p = 0.982$). (cf. Apêndice IV, quadro 1 e 4)

Em suma:

- Quanto ao tipo de admissão ao tratamento substitutivo da função renal verifica-se que a maior parte ingressou através da “*Consulta Externa*” (69.10%);
- Em relação ao tipo de tratamento o grupo maior é o da “*Hemodiálise*” com 57.70%, sendo o da “*diálise peritoneal*” composto por 42.30% do total da amostra;
- Perante a escolha do método de tratamento, 41.50% dos indivíduos foi o “*médico decidiu*” e 34.00% “*decidiu após consulta enfermagem*”;
- A maioria da amostra (61.90%) refere doenças associadas, sendo a “*HTA*” a mais prevalente (32.99%);
- O “*tempo de diálise em anos*” varia entre 0.08 e 13.17 anos, com uma média de 2.62 anos;
- Dos doentes hemodialisados 69.60% apresentam FAV, 26.80% CVC e 3.60% têm “*prótese vascular*”;
- Relativamente à frequência das sessões de hemodiálise verifica-se uma média de 3.05 sessões/semana e uma duração média de cada sessão de 3.89 horas;
- Dos doentes em Hemodiálise 37.50% já tiveram de recorrer ao hospital por problemas/complicações com o acesso vascular, e dos doentes em diálise Peritoneal 48.80%, recorreram ao hospital por problemas/complicações com o orifício ou peritonite;

- Quanto ao tipo de modalidade da diálise peritoneal, 29.30% realizam a DPA e 70.70% executam a DPCA. Estes últimos apresentam uma média de 3.41 tratamentos/dia.

4.1.3 – Caracterização da Qualidade de Vida

Quanto à análise da qualidade de vida, que a seguir é descrita, é possível observar os dados no quadro que se encontra em apêndice. (cf. Apêndice V)

A análise dos **“Sintomas/problemas hemodiálise”** mostra o valor mínimo 12 e o máximo 56, uma média de 23.88, com Dp de 8.84.

Da mesma forma, **“Sintomas/problemas Diálise Peritoneal”** apresenta média de 20.34 (Dp=6.18), com um mínimo de 12 e máximo 36.

Quanto aos **“efeitos da doença na vida diária”** verifica-se uma média global de 16.35, Dp 5.91. Um mínimo de 8 e máximo 33.

“Peso da doença renal” apresenta uma média de 10.80 (Dp=4.17), expondo mínimo de 4 e máximo 20.

“Atividade profissional” tem como mínimo 2 e máximo 4, expõe média 3.44 (Dp=0.69).

Analisando **“função cognitiva”**, varia entre 3 e 15, com média global de 5.98 (Dp=2.62),

Verifica-se na **“qualidade da interação social”** média de 6.03 (Dp=0.892), apresenta mínimo 3 e máximo 11.

“Função sexual”, com valor da média global de 2.97 (Dp=1.65), os valores da mesma variam entre o 2 e o 7.

Analisando **“Sono”** mostra o valor mínimo 12 anos e o máximo 56. Verifica-se média 13.09 (Dp=5.09);

Quanto ao **“apoio social”**, com média global de 6,67 (Dp=1,61), expõe mínimo de 2 e máximo 8.

“Encorajamento do pessoal da diálise” expõe média 2.63 (Dp=1.06), mostra um mínimo de 2, com máximo 6.

“Satisfação do doente” tem como mínimo 3 e máximo 7, com média de 5.61, e Dp de 1.20,

Observando a dimensão **“função física”**, apresenta média global de 22,31 (Dp=6,62), mínimo 10 e máximo 30.

Quanto ao **“desempenho físico”**, com mínimo 4 e máximo 20, exibe média de 14.21 (Dp=5.58),

Analisando **“Dor”**, com Dp=2.67; com mínimo 2, máximo 11.

Na **“Saúde em geral”** verifica-se média 17.22 (Dp=3.76), varia entre 6 e 25.

Relativamente à **função emocional** mostra média global de 22.31 (Dp=6.62) com mínimo 2 e máximo 11.

“Desempenho emocional” alterna entre 3 e 15, apresenta média 11.07 (Dp=4.05).

Relativamente à **“função social”** com média global 7.88 e Dp 2.15, varia entre 3 e 10.

“Vitalidade” expõe média total 11.93 (Dp=4.06), com mínimo 4 e máximo 20.

Quanto ao coeficiente de variação, as dimensões que apresentam média dispersão em torno do valor médio são *“peso da doença renal na vida diária”*, *“apoio social”*, *“satisfação do doente”*, *“função física”*, *“saúde em geral”* e *“função social”*. Apresentando as restantes uma dispersão elevada.

As dimensões da qualidade de vida *“qualidade da interação social”*, *“função emocional”* e *“vitalidade”* apresentam valores de simetria (Sw/ Std Error) e curtose (Kw/ Std Error) abonatório de uma distribuição normal, mostram uma curva gaussiana simétrica e mesocúrtica. Por seu lado, as dimensões *“função física”*, *“desempenho físico”* e *“função social”* são simétricas e platicúrticas.

A assimetria (Sw/Std Error) negativa e enviesamento à direita encontram-se nas dimensões *“peso da doença renal”*, *“função sexual”*, *“sono”*, *“apoio social”*, *“satisfação do doente”*, *“saúde em geral”* e *“desempenho emocional”*.

“Sintomas/problemas hemodiálise”, *“sintomas /problemas diálise peritoneal”*, *“efeito da doença renal na vida diária”*, *“função cognitiva”*, *“encorajamento da equipa”* e *“dor”* mostram simetria positiva e enviesamento à esquerda.

Quanto aos valores de curtose (Kw/ Std Error), as dimensões que apresentam curva mesocúrtica são *“sintomas /problemas diálise peritoneal”*, *“peso da doença renal”*, *“função cognitiva”*, *“função sexual”*, *“saúde em geral”*.

Com curvas leptocúrticas encontram-se *“Sintomas/problemas hemodiálise”*, *“apoio social”* e *“encorajamento da equipa”*

Com curva platicúrtica apresentam-se *“efeito da doença renal na vida diária”*, *“satisfação do doente”* e *“desempenho emocional”*.

Foi efetuado o teste t-student, onde se verifica que existe diferença estatisticamente significativa na dimensão “*sintomas /problemas hemodiálise*” ($t = -2.02$, $p = 0.049$) e “*atividade profissional*” ($t = -2.58$, $p = 0.012$), não existindo diferença estatisticamente significativa nas outras dimensões, apesar de haver diferenças entre o sexo masculino e feminino.

4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, de seguida é efectuada a abordagem inferencial dos mesmos através da estatística analítica. Procedeu-se assim à verificação da validade das hipóteses associando algumas das variáveis independentes em estudo à nossa variável dependente. Estas foram testadas através de testes paramétricos nomeadamente Testes t de Student e regressão linear múltipla e testes não paramétricos teste de U-Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

H₁ - Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (Sexo, Estado marital, Residência, Habilitações literárias, Rendimento mensal) e a Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal;

Sexo e Qualidade da vida

Para verificar se a variável sexo influencia a Qualidade de Vida, efectuou-se uma análise paramétrica, recorrendo ao Teste t para diferenças de médias.

Da análise do Quadro 1 (cf. Apêndice VI) constata-se que os doentes do sexo masculino apresentam valor médios superiores na *Qualidade da interação social, Função sexual, Encorajamento do pessoal da diálise, Saúde em geral, Função emocional e Vitalidade*, enquanto os doentes do sexo feminino é nas dimensões *Sintomas/problemas Hemodiálise, Sintomas/problemas Diálise Peritoneal, Efeitos da doença renal na vida diária, Peso da doença renal, Actividade profissional, Função cognitiva, Sono, Apoio social, Satisfação do doente, Função física, Desempenho físico, Dor, Desempenho Emocional, Função social* que apresentam valores superiores.

Contudo só se registam diferenças estatisticamente significativas na dimensão “*atividade profissional*” ($p = 0,012$)

Estado marital e Qualidade da vida

Para se verificar se existia uma associação entre o estado marital e a qualidade de vida, efetuou-se o teste Mann-Whitney.

Através da análise do Quadro 2 (cf. Apêndice VI), verificam-se que as médias nas distintas variáveis são inferiores no facto de se ter companheiro nas dimensões *Efeitos da doença renal na vida diária; Actividade profissional; Função cognitiva; Qualidade da interacção social; Sono; Encorajamento do pessoal da diálise; Função física; Dor e Saúde em geral, ou seja, a qualidade de vida.*

Obteve-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *sintomas/problemas diálise peritoneal* ($p= 0,004$); *função sexual* ($p= 0,03$); *apoio social* ($p= 0,006$); *dor* ($p= 0,006$); *função emocional* ($p= 0,045$) e *vitalidade* ($p= 0,019$).

Residência e Qualidade da vida

Para averiguar se a variável Residência influi na Qualidade de Vida, recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Da análise do Quadro 3 (cf. Apêndice VI) consta-se que existem maiores médias na Aldeia nas dimensões *Sintomas/problemas Hemodiálise* (29.65); *Sintomas/problemas Diálise Peritoneal* (24.14); *Encorajamento do pessoal da diálise* (55.93) e *Função física* (54.04). No que se refere à Vila verificaram-se médias superiores nas dimensões, *Actividade profissional* (52.31); *Função cognitiva* (48.42); *Qualidade da interacção social* (52.44); *Sono* (49.27); *Saúde em geral* (51.63); *Desempenho emocional* (57.89); *Função social* (51.85) e *Vitalidade* (54.09). Por último, as médias da Cidade são superiores nas dimensões: *Efeitos da doença renal na vida diária* (45.00); *Peso da doença renal* (53.72); *Função sexual* (57.50); *Apoio social* (59.15); *Satisfação do doente* (55.28); *Desempenho físico* (53.91); *Dor* (49.85) e *Função emocional* (54.28).

As diferenças estatisticamente significativas registam-se nas dimensões: *Apoio social* ($p=0.035$), *Função sexual* ($p= 0.025$) e *Encorajamento do pessoal da diálise* ($p=0.003$).

Após a ordenação das médias foi utilizado a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos.

Observa-se que a o local onde residem explicam 7.0% do *Apoio social*, 7.7% da *função sexual* e 11.8% do *Encorajamento do pessoal da diálise*.

Quanto às diferenças, estas situam-se:

- no *Apoio social*, entre os que residem na Vila e Cidade ($p=0.025$);

- na *Função sexual*, entre os que residem na Aldeia e Cidade ($p= 0.031$),
- no *Encorajamento do pessoal da diálise*, entre os que residem na Aldeia e Cidade ($p=0.002$).

Habilitações Literárias e Qualidade da vida

Para averiguar se a variável Habilitações Literárias influi na Qualidade de Vida, recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Da análise do Quadro 4 (*cf.* Apêndice VI) consta-se que existem maiores médias em quem não sabe ler/escrever nas dimensões *Efeitos da doença renal na vida diária* (64.38); *Função cognitiva* (57.25); *Sono* (66.13); *Encorajamento do pessoal da diálise* (78.00); *Função física* (67.38); *Dor* (70.13) e *Saúde em geral* (79.25). Quanto ao ensino primário, obteve-se médias superiores nas dimensões, *Actividade profissional* (57.06) e *Qualidade da interacção social* (52.10). No ensino básico as médias mais elevadas foram na dimensão *Apoio social* (52.36); *Satisfação do doente* (51.58) e *Função social* (56.60). Referente ao ensino secundário as médias superiores, evidenciaram-se nas seguintes dimensões: *Sintomas/problemas Diálise Peritoneal* (23.89); *Função sexual* (67.37); *Desempenho emocional* (55.76) e *Vitalidade* (56.00). Por último, no ensino superior as médias mais elevadas foram nas dimensões *Sintomas/problemas Hemodiálise* (30.75); *Peso da doença renal* (62.72); *Desempenho físico* (58.67) e *Função emocional* (56.67).

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *Actividade profissional* ($p= 0.010$), *Função sexual* (0.002) e *Encorajamento do pessoal da diálise* ($p=0.017$).

Após a ordenação das médias foi utilizado a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos. Verificou-se as Habilitações literárias explicam 13.9% da variação *Actividade profissional*, e 17.3% da variação da *Função sexual* e 12.5% da variação do *Encorajamento do pessoal da diálise*.

Quanto às diferenças, estas situam-se:

- na *Actividade profissional*, entre estão habilitados com o Ensino Primário e Ensino secundário ($p= 0.004$);
- na *Função sexual*, entre os que não ler nem escrever e os Ensino secundário ($p= 0.037$); os que estão habilitados com o Ensino Primário e Ensino secundário ($p= 0.001$) e os que possuem o Ensino Básico e Ensino secundário ($p= 0.048$);
- no *Encorajamento do pessoal da diálise*, entre os que não ler nem escrever e os Ensino secundário ($p= 0.009$).

Rendimento mensal e Qualidade da vida

Para averiguar se a variável Rendimento Mensal influi na Qualidade de Vida, recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Da análise do Quadro 5 (cf. Apêndice VI) consta-se que existem maiores médias nos rendimentos inferiores a 485€ nas dimensões *Sintomas/problemas Diálise Peritoneal* (23.41); *Actividade profissional* (54.73); *Função cognitiva* (52.76); *Sono* (50.58); *Encorajamento do pessoal da diálise* (52.97) e *Saúde em geral* (52.38). Quanto aos rendimentos entre os 485 e os 970 €, as dimensões com médias superiores foram *Sintomas/problemas Hemodiálise* (33.06); *Efeitos da doença renal na vida diária* (58.85); *Qualidade da interacção social* (60.76) e *Dor* (55.12). Referente às médias mais elevadas dos rendimentos entre os 970 e os 1455€ encontraram-se nas dimensões, *Função sexual* (66.55); *Apoio social* (56.75) e *Função física* (53.55). Por último, constatou-se que as médias mais elevadas foram obtidas nas dimensões: *Peso da doença renal* (69.90); *Satisfação do doente* (50.65); *Desempenho físico* (65.75); *Função emocional* (72.80); *Desempenho emocional* (63.00); *Função social* (56.75) e *Vitalidade* (75.55).

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *Peso da doença renal* ($p=0.005$); *Actividade profissional* ($p=0.030$); *Função sexual* ($p=0.011$); *Saúde em geral* ($p=0.035$); *Função emocional* ($p=0.035$) e *Vitalidade* ($p=0.013$).

Após a ordenação das médias foi utilizado a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos. Averigua-se que 8.9% da variação da *função emocional*, 9.0% da variação da *saúde em geral*, 9.3% da variação da *actividade profissional*, 11.2% da variação da *vitalidade*, 11,6% da variação da *função sexual* e 13.2% da *variação do peso da doença renal* são explicados pelo Rendimento Mensal.

Constata-se ainda que os participantes que auferem de rendimentos:

- [970-1455 €] e [> 1455 €], referem menor *Peso da doença renal* da Qualidade de Vida do que aqueles que auferem rendimentos [< 485 €] (com $p=0.044$ e $p=0.024$, respectivamente);
- [< 485 €] mencionam melhor desempenho na *Actividade profissional* da Qualidade de Vida do que aqueles que auferem rendimentos e [485-970 €] ($p=0.034$);
- [970 e os 1455 €] referem melhor desempenho na *Função sexual* da Qualidade de Vida do que aqueles que auferem rendimentos e [< 485 €] ($p=0.018$);
- [< 485 €] referenciam melhor *Saúde em geral* do que aqueles que auferem rendimentos [> 1455 €] ($p=0.017$);

- [> 1455 €] mencionam melhor *Função emocional* da Qualidade de Vida do que aqueles que auferem rendimentos [< 485 €] ($p=0.017$);
- [> 1455 €] referenciam *melhor Vitalidade* da Qualidade de Vida do que aqueles que auferem rendimentos [< 485 €] e [$970-1455$ €] (com $p=0.013$ e $p=0.014$, respectivamente);

H₂ - Existe relação significativa entre as variáveis clínicas (Escolha do método de tratamento e a admissão) e a perceção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal

Escolha do tratamento e a Qualidade da vida

Para averiguar se a variável escolha do tratamento influi na Qualidade de Vida, recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Da análise do Quadro 6 (cf. Apêndice VI) consta-se que existem maiores médias nos casos em que o médico decidiu nas dimensões *Sintomas/ problemas Hemodiálise* (30.21); *Sintomas/ problemas Diálise Peritoneal* (32.33); *Efeitos da doença renal na vida diária* (56.09); *Actividade profissional* (55.72); *Qualidade da interacção social* (53.11); *Sono* (56.75); *Encorajamento do pessoal da diálise* (58.03); *Função física* (58.46); *Dor* (54.88) e *Saúde em geral* (55.29). No que se refere à escolha de tratamento por decisão própria informada as médias mais elevadas foram na dimensão *Função cognitiva* (57.84). Quanto à escolha de tratamento pós-consulta as médias superiores encontram-se nas dimensões *Peso da doença renal* (63.83); *Função sexual* (62.12); *Apoio social* (57.21); *Satisfação do doente* (59.14); *Desempenho físico* (61.30); *Função emocional* (61.91); *Desempenho emocional* (64.32); *Função social* (59.09); *Vitalidade* (59.76).

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *Sintomas/problemas Diálise Peritoneal* ($p=0.049$); *Efeitos da doença renal na vida diária* ($p=0.004$); *Peso da doença renal* ($p=0.000$); *Actividade profissional* ($p=0.014$); *Função cognitiva* ($p=0.007$); *Função sexual* ($p=0.000$); *Sono* ($p=0.025$); *Encorajamento do pessoal da diálise* ($p=0.000$); *Satisfação do doente* ($p=0.030$); *Função física* ($p=0.002$); *Desempenho físico* ($p=0.007$); *Saúde em geral* ($p=0.015$); *Função emocional* ($p=0.004$); *Desempenho emocional* ($p=0.000$); *Função social* ($p=0.025$) e *Vitalidade* ($p=0.007$).

Após a ordenação das médias foi utilizado a ANOVA e o teste Post Hoc (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos. Verificou-se que a escolha do tratamento explica: 15.1% da variação dos *sintomas/ problemas diálise peritoneal*; 11.5% da variação

Efeitos da doença renal na vida diária; 16.8% da variação do *peso da doença renal*; 8.9% da variação da *atividade profissional*; 10.2% da variação da *função cognitiva*, 18.7% da variação da *função sexual*, 7.7% da variação do *sono*, 19.6% da variação do *Encorajamento do pessoal da diálise*, 7.3% da variação da *satisfação do doente*, 13.5% da variação da *função física*; 10.3% da variação do *desempenho físico*; 8.7% da variação da *saúde em geral*; 11.4% da variação da *função emocional*; 16.7% da variação do *desempenho emocional*; 5.2% da variação da *função social* e 10.4% da variação da *vitalidade*

Nos *Sintomas/ problemas diálise peritoneal* não foram localizadas as diferenças entre os grupos. Em relação às restantes as diferenças situam-se:

- entre os que foi o médico que decidiu e os que foram os próprios a decidirem após consulta no *Efeito da doença renal na vida diária* ($p= 0.003$), no *Peso da doença renal* ($p= 0.000$), na *Atividade profissional* ($p= 0.009$), na *função sexual* ($p= 0.000$), no *sono* ($p= 0.026$), no *Encorajamento do pessoal da diálise* ($p= 0.000$), na *satisfação do doente* ($p= 0.025$), na *função física* ($p= 0.001$); na *saúde em geral* ($p= 0.013$), na *função emocional* ($p= 0.002$), na *função social* ($p= 0.018$) e na *vitalidade* ($p= 0.005$);
- entre os que foi o médico que decidiu e os que foram os próprios a decidirem após consulta na *função cognitiva* ($p= 0.012$), no *desempenho físico* ($p= 0.009$) e no *desempenho emocional* ($p= 0.000$)
- entre os que foram os próprios a decidirem após consulta e os que decidiram após informação dada pelo médico na *função cognitiva* ($p= 0.029$), no *desempenho físico* ($p= 0.034$) e no *desempenho emocional* ($p= 0.002$)

Admissão e a Qualidade da vida

Para se verificar se existia uma associação entre a admissão e a qualidade de vida, efetuou-se o teste Mann-Whitney.

Através da análise do Quadro.7 (cf. Apêndice VI), observa-se que se obteve diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Sintomas/problemas Hemodiálise*; *Peso da doença renal*; *Encorajamento do pessoal da diálise*; *Dor*; *Função emocional* e *Vitalidade*, uma vez que se obtiveram valores de significância inferiores a 0.050.

Num cômputo geral, as médias nas distintas variáveis são superiores nas urgências nas variáveis *Sintomas/problemas Hemodiálise* (34.81); *Sintomas/problemas Diálise Peritoneal* (26.67); *Sono* (48.91), ou seja, as presentes variáveis têm mais ênfase nas urgências. As restantes variáveis tomam repercussões relevantes nas consultas externas.

H₃ – Existe relação significativa entre o tipo de diálise (hemodiálise e diálise peritoneal) a percepção da Qualidade de Vida dos doentes em tratamento substitutivo da função renal

Tipo de tratamento e a Qualidade da vida

Para se verificar se existia uma associação entre o tipo de tratamento e a qualidade de vida, efetuou-se o Teste t para diferenças de médias.

Através da análise do Quadro.8 (cf. Apêndice VI) observa-se que se obteve diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Sintomas/problemas Hemodiálise; Sintomas/problemas Diálise Peritoneal; Efeitos da doença renal na vida diária; Peso da doença renal; Função cognitiva; Função sexual; Sono, Apoio social; Encorajamento do pessoal da diálise; Função física; Desempenho físico; Dor, Função emocional; Desempenho emocional e Função social*, uma vez que se obtiveram valores de significância inferiores a 0.050.

Num cômputo geral, as médias nas distintas variáveis são inferiores na diálise peritoneal nas variáveis *Efeitos da doença renal na vida diária; Atividade profissional; Função cognitiva; Qualidade da interação social; Sono; Encorajamento do pessoal da diálise; Função física; Dor e Saúde em geral*, ou seja, a qualidade de vida, tendo por base as variáveis, referidas têm mais ênfase na diálise peritoneal. Note-se que nas restantes variáveis é a hemodiálise que prima pela relevância.

H₄ – Existe uma correlação significativa entre a Qualidade de Vida e as variáveis “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

H_{4a}: A variável dependente “Sintomas/problemas” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Para o estudo dos *Sintomas/problemas* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Referente à hipótese postulada anteriormente, observa-se, através do Quadro 9 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise ($r=-0.093$) e a idade ($r=-0.155$). Verificamos ainda que os sintomas estabelecem relações inversas e não significativas com

todas as variáveis, apenas se podendo referir que quanto menor os índices das variáveis em questão mais fraco são os sintomas.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a Idade pois, como se pode verificar pelas correlações inseridas no Quadro 9 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 2.4% da variação dos sintomas e o erro padrão de regressão é de 4.853, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos sintomas.

No segundo modelo de regressão, para além da idade, entrou a funcionalidade familiar (índice total) e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 4.6% da variabilidade total do ambiente de estudo tempo o erro estimado diminuído para 4.449.

Por último, entra o tempo de diálise, passando as três variáveis a ocupar 5.4%, tendo como erro padrão diminuído para 3.640.

Verifica-se que nenhum dos testes das correlações é estatisticamente significativo, uma vez que se obtiveram valores de *p-value* superiores a 0.050.

H_{4b}: A variável dependente “Efeito da doença renal na vida diária” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Concernente à hipótese postulada anteriormente, observa-se, através do Quadro 10 (cf. Apêndice VI) que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a funcionalidade familiar ($r=0.014$) e o tempo de diálise ($r=0.256$). Verificamos ainda que o “Efeito da doença renal na vida diária” estabelece relações inversas apenas com a idade, sendo que não estabelece uma relação significativa. No entanto é de referir que apesar de não estabelecer uma relação significativa com a funcionalidade familiar, este estabelece uma relação positiva com o “Efeito da doença renal na vida diária”.

Por último, observa-se que o tempo de diálise estabelece uma relação positiva e significativas com o “Efeito da doença renal na vida diária”, podendo-se referir que quanto maior os índices das variáveis em questão maior é o “Efeito da doença renal na vida diária”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o tempo de diálise pois, através da observação das correlações inseridas no Quadro 10 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 6.5% da variação do “Efeito da doença renal na vida diária” e o erro padrão de

regressão é de 5.907, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “Efeito da doença renal na vida diária”.

No segundo modelo de regressão, para além do tempo de diálise, entrou a funcionalidade familiar (índice total) e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 6.6% da variabilidade total da dimensão em estudo o erro estimado diminuído apenas para 5.906.

Por último, entra a idade, passando as três variáveis a ocupar 6.9%, tendo como erro padrão diminuído para 2.058.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitada a idade e a funcionalidade familiar, ou seja, a variável tempo de diálise é preditora do “Efeito da doença renal na vida diária” (cf. Quadro 11, Apêndice VI).

O modelo final ajustado para o “Efeito da doença renal na vida diária” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Efeito da doença renal na vida diária: } 14.721 + 0.052 (\text{tempo de diálise})$$

Figura 2 – Síntese das relações entre o Efeitos da doença renal na vida diária e variáveis independentes



H_{4c}: A variável dependente “Peso da doença renal” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “funcionalidade familiar”

Para o estudo do *Peso da doença renal* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Quanto à hipótese mencionada, observa-se, através do Quadro 12 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a funcionalidade familiar ($r=0.184$) e a idade ($r=-0.046$). Verificamos ainda que o “Peso da doença renal” estabelece relações inversas e não significativas com todas a variável Idade; estabelece uma relação negativa e significativa com a variável

tempo de diálise, ou seja, quanto menor os índices das variáveis em questão mais fraco são os sintomas; e estabelece uma relação positiva e significativa com a funcionalidade familiar, podendo mencionar que quanto maior os índices das variáveis em questão maior é o “Peso da doença renal”.

Verifica-se que a primeira variável a entrar no modelo de regressão é a funcionalidade familiar pois, como se pode verificar pelas correlações inseridas no Quadro 12 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 2.4% da variação dos sintomas e o erro padrão de regressão é de 4.167, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “Peso da doença renal”

Alusivo ao segundo modelo de regressão, para além da funcionalidade familiar, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 6.3% da variabilidade total do ambiente de estudo tempo o erro estimado diminuído para 3.788.

Por último, entra a idade, passando as três variáveis a ocupar 6.5%, tendo como erro padrão diminuído para 0.252.

H_{4d}: A variável dependente “Atividade profissional” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “funcionalidade familiar”

Respeitante à hipótese 4d, observa-se, através do Quadro 13 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a idade ($r=0.294$) e a funcionalidade familiar ($r=-0.048$).

Averiguamos que a “*atividade profissional*” estabelece relações inversas apenas com a funcionalidade familiar, sendo que não estabelece uma relação significativa. No entanto, é de referir que, apesar de não estabelecer uma relação significativa com o tempo de diálise, este estabelece uma relação positiva com a “*atividade profissional*”.

Por último, observa-se que a idade estabelece uma relação positiva e significativa com a actividade profissional, podendo referir-se que quanto maior os índices das variáveis em questão maior é a “*atividade profissional*”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a idade pois, através da observação das correlações incluídas no Quadro 13 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 8.6% da variação da “*atividade profissional*” e o erro padrão de regressão é de 0.692, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da actividade profissional.

No segundo modelo de regressão, para além da idade, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 2.5% da variabilidade total do ambiente de estudo tempo; o erro estimado diminuído apenas para 0.201.

Por último, entra funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar 0.2%, tendo como erro padrão diminuído para 0.016.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitado tempo de diálise e a funcionalidade familiar, ou seja, a variável idade é preditora da “*atividade profissional*” (cf. Quadro 14, Apêndice VI).

O modelo final ajustado para a “*atividade profissional*” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Atividade profissional: } 2.725 + 0.012 (\text{idade})$$

Figura 3 – Síntese das relações entre a *atividade profissional* e variáveis independentes



H_{4e}: A variável dependente “função cognitiva” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “funcionalidade familiar”

Quanto à hipótese 4e, observa-se, através do Quadro 15 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise ($r=0.241$) e a funcionalidade familiar ($r=0.000$).

Averiguamos que a “*função cognitiva*” estabelece relações positivas com todas as variáveis em questão. Observa-se que, apenas com o tempo de diálise, há uma relação estatisticamente significativa.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é tempo de diálise pois, através da observação das correlações inseridas no Quadro 15 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 5.8% da variação da “*função cognitiva*” e o erro padrão de regressão é de 2.622, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da *atividade profissional*.

No segundo modelo de regressão, para além do tempo de diálise, entrou a idade e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 5.801% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuiu apenas para 0.001.

Por último, entra a funcionalidade familiar, como o valor da correlação foi de 0, esta não interfere na variabilidade.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão múltipla com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitada a funcionalidade familiar e a idade, ou seja, a variável tempo de diálise é preditora da “*função cognitiva*”. (cf. Quadro 16, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para a “*função cognitiva*” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Função cognitiva: } 5.298 + 0.022 (\text{tempo de diálise})$$

Figura 4 – Síntese das relações entre a *função cognitiva* e variáveis independentes



H_{4f}: A variável dependente “Qualidade da interação social” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Na hipótese mencionada observa-se, através do Quadro 17 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise ($r=0.231$) e a idade ($r=0.056$).

Averiguamos que a “*Qualidade da interação social*” estabelece relações positivas com as variáveis idade e tempo de diálise. Observa-se que apenas com o tempo de diálise há uma relação estatisticamente significativa.

Refira-se que a “*Qualidade da interação social*” estabelece uma relação negativa com a funcionalidade familiar, podendo-se referir que quanto maior os índices das variáveis em questão maior é a “*Qualidade da interação social*”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é tempo de diálise pois, através da observação das correlações insertas no Quadro 17 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro mo-

delo 5.3% da variação da “Qualidade da interação social” e o erro padrão de regressão é de 2.028, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “Qualidade da interação social”.

No segundo modelo de regressão, para além do tempo de diálise, entrou a funcionalidade familiar e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 6.3% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuído apenas para 0.382.

Por último, entra a idade, passando as três variáveis a ocupar 6.6%, tendo como erro padrão diminuído para 0.115.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitado a funcionalidade familiar e a idade, ou seja, a variável tempo de diálise é preditora da “Qualidade da interação social”. (cf. Quadro18, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para a “Qualidade da interação social” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Qualidade da interação social: } 5.526 + 0.016 (\text{tempo de diálise})$$

Figura 5 – Síntese das relações entre a qualidade da interação social e variáveis independentes



H_{4g}: A variável dependente “função sexual” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Na hipótese mencionada observa-se, através do Quadro 19 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a idade ($r=-0.388$) e a funcionalidade familiar ($r=0.018$).

Averiguamos ainda que a “função sexual” estabelece relações negativas com as variáveis idade e funcionalidade familiar. Observa-se ainda que apenas com a idade há uma relação estatisticamente significativa podendo-se referir que quanto menor os índices das variáveis em questão menor é a função sexual.

Refira-se, ainda, que a “*função sexual*” estabelece uma relação negativa com o tempo de diálise.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a idade pois, através da observação das correlações inseridas no Quadro19 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 15.0% da variação da “*função sexual*” e o erro padrão de regressão é de 1.705, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da função sexual.

No segundo modelo de regressão, para além da idade, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 17.2% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuído para 0.250.

Por último, entra a funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar 17.23%, tendo como erro padrão diminuído para 0.003.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitado a funcionalidade familiar e o tempo de diálise, ou seja, a variável idade é preditora da “*função sexual*”. (cf. Quadro 20, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para “*função sexual*” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Função Sexual: } 3.343 + [-0.040 (\text{idade})]$$

Figura 6 – Síntese das relações entre a *função sexual* e variáveis independentes



H_{4h}: A variável dependente “sono” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Para o estudo dos Sono da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Referente à hipótese postulada anteriormente, observa-se, através do Quadro 21 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise (r=0.184) e a funcionalidade

familiar ($r=-0.107$). Verificamos ainda que o sono estabelece relações inversas e não significativas como funcionalidade familiar. Porém, o sono estabelece relações positivas e significativas com a idade e com o funcionalidade familiar, podendo-se referir que quanto maior os índices das variáveis em questão mais forte é o sono.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o tempo de diálise pois, como se pode verificar pelas correlações insertas no Quadro 21 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 3.4% da variação dos sintomas e o erro padrão de regressão é de 5.091, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do sono.

No segundo modelo de regressão, para além do tempo de diálise, entrou o idade e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 6.3% da variabilidade total do ambiente de estudo tempo o erro estimado diminuído para 4.342.

Por último, entra a funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar 7.4%, tendo como erro padrão diminuído para 1.647.

Verifica-se que dois dos testes das correlações são estatisticamente significativos, mais especificamente na idade e no tempo de diálise, uma vez que se obtiveram valores de *p-value* inferiores a 0.050.

H_{4i}: A variável dependente “Apoio social” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “funcionalidade familiar”

Alusivo à hipótese referida observa-se, através do Quadro 22 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a funcionalidade familiar ($r=0.332$) e a idade ($r=-0.057$).

Averiguamos ainda que o “*apoio social*” estabelece relações negativas com as variáveis idade e tempo de diálise, nesta última estabelece uma relação significativa, ou seja, quanto menor os índices das variáveis em questão menor é o “*apoio social*”.

Refira-se, ainda, que o “*apoio social*” estabelece uma relação positiva e significativa com a funcionalidade familiar, quanto maior os índices das variáveis em questão maior é o “*apoio social*”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a funcionalidade familiar pois, através da observação das correlações insertas no Quadro 22 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 11.0% da variação do “*apoio social*” e o erro padrão de regressão é de

1.605, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “*apoio social*”.

No segundo modelo de regressão, para além da funcionalidade familiar, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 18.4% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuído para 1,080.

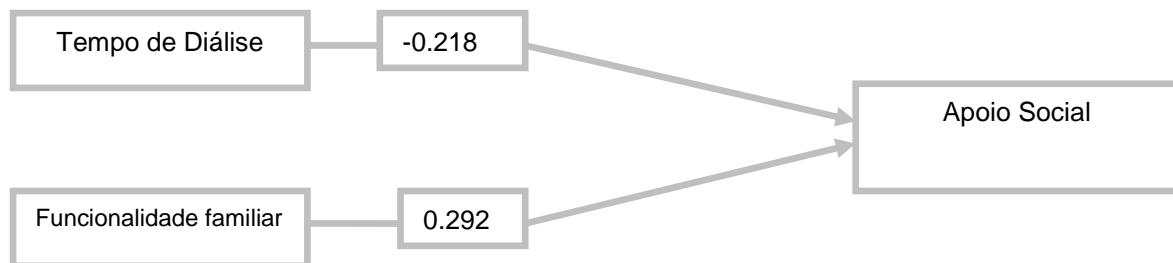
Por último, entra a idade, passando as três variáveis a ocupar 18.7%, tendo como erro padrão diminuído para 0.044.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitada a idade, ou seja, as variáveis funcionalidade familiar e tempo de diálise são preditoras do “*apoio social*”. (cf. Quadro 23, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para o “*apoio social*” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Apoio social: } 5.499 + 0.184 (\text{funcionalidade familiar}) + [-0.012 (\text{Tempo de diálise})]$$

Figura 7 – Síntese das relações entre o “*apoio social*” e variáveis independentes



H_{4j}: A variável dependente “*Encorajamento do pessoal da diálise*” é influenciada pelas variáveis independentes “*Idade*”; “*Tempo de diálise*” e “*Funcionalidade familiar*”

Para o estudo do *Encorajamento do pessoal da diálise* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Concernente à hipótese postulada anteriormente, observa-se, através do Quadro 24 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a idade ($r=0.081$) e a funcionalidade familiar ($r=0.141$). Verificamos ainda que o “*Encorajamento do pessoal da diálise*” estabelece relações inversas e não significativas com a funcionalidade familiar apenas se podendo referir que

quanto menor os índices das variáveis em questão mais fraco é o “Encorajamento da equipa da diálise”.

Contudo, ainda que o “*Encorajamento do pessoal da diálise*” estabelecem relações positivas e não significativas com a idade e com o tempo de diálise, apenas se podendo referir que quanto maior os índices das variáveis em questão mais forte é o “Encorajamento da equipa da diálise”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a funcionalidade familiar pois, como se pode verificar pelas correlações insertas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 1.9% da variação do “Encorajamento da equipa da diálise” e o erro padrão de regressão é de 1.064, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “Encorajamento da equipa da diálise”.

No segundo modelo de regressão, para além da funcionalidade familiar, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 3.2% da variabilidade total do “Encorajamento da equipa da diálise” o erro estimado diminuído para 0.728.

Por último, entra a idade, passando as três variáveis a ocupar 3.9%, tendo como erro padrão diminuído para 0.007.

Verifica-se que nenhum dos testes das correlações é estatisticamente significativo, uma vez que se obtiveram valores de *p-value* superiores a 0.050.

H_{4k}: A variável dependente “satisfação do doente” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “funcionalidade familiar”

Para o estudo da *satisfação do doente* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Quanto à hipótese enunciada anteriormente, observa-se, através do Quadro 25 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise ($r=-0.140$) e a idade ($r=-0.067$). Verificamos ainda que a “*satisfação do doente*” estabelece relações inversas e não significativas com a idade e com o tempo de diálise, apenas se podendo referir que quanto menor os índices das variáveis em questão mais fraco é o “*satisfação do doente*”.

Contudo, ainda que a “*satisfação do doente*” estabelecem relações positivas e não significativas com a funcionalidade familiar, apenas se podendo referir que quanto maior os índices das variáveis em questão mais forte é a “*satisfação do doente*”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o tempo de diálise pois, como se pode verificar pelas correlações inseridas no Quadro 25 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 1.9% da variação do “*satisfação do doente*” e o erro padrão de regressão é de 1.195, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “*satisfação do doente*”.

No segundo modelo de regressão, para além da funcionalidade familiar, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 2.4% da variabilidade total do “*satisfação do doente*” o erro estimado diminuído para 0.314.

Por último, entra a idade, passando as três variáveis a ocupar 2.8%, tendo como erro padrão diminuído para 0.251.

Verifica-se que nenhum dos testes das correlações é estatisticamente significativo, uma vez que se obtiveram valores de *p-value* superiores a 0.050.

H_{4i}: A variável dependente “função física” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “funcionalidade familiar”

Na hipótese mencionada observa-se, através do Quadro 26 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a idade ($r=-0.432$) e a funcionalidade familiar ($r=-0.114$).

Averiguamos ainda que a “*função física*” estabelece relações negativas e não significativas com a variável funcionalidade familiar, logo quanto menor os índices da variável em questão menor é a função física.

Refira-se, ainda, que a “*função física*” estabelece uma relação positiva com a idade e com o tempo de diálise, ou seja, quanto maior os índices das variáveis em questão maior é a função física.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a idade pois, através da observação das correlações inseridas no Quadro 26 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 18.7% da variação da “*função física*” e o erro padrão de regressão é de 6.618, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da função física.

No segundo modelo de regressão, para além da idade, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 21.4% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuiu para 0.956.

Por último, entra a funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar 22.7%, tendo como erro padrão diminuído para 0.460.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitado a funcionalidade familiar e o tempo de diálise, ou seja, a variável idade é preditora da “*função física*”. (cf. Quadro 27, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para a “*função física*” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Função Física: } 12.212 + 0.173 (\text{idade})$$

Figura 8 – Síntese das relações entre a *função física* e variáveis independentes



H_{4m}: A variável dependente “*desempenho físico*” é influenciada pelas variáveis independentes “*Idade*”; “*Tempo de diálise*” e “*Funcionalidade familiar*”

Para o estudo do *desempenho físico* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Quanto à hipótese enunciada anteriormente, observa-se, através do Quadro 28 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a idade ($r=-0.178$) e a funcionalidade familiar ($r=0.018$). Verificamos ainda que o “*desempenho físico*” estabelece relações inversas e significativas com a idade, logo pode-se referir que quanto menor os índices da variável em questão mais fraco é o “*desempenho físico*”. Refira-se que o tempo de diálise e a idade estabelecem, igualmente, relações inversas com o desempenho físico, mas não significativas.

Contudo, ainda que o “*desempenho físico*” estabelece relações positivas e não significativas com o tempo de diálise e com a funcionalidade familiar, apenas se podendo referir que quanto maior os índices das variáveis em questão mais forte é o “*desempenho físico*”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a idade pois, como se pode verificar pelas correlações inseridas no Quadro 28 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 3.2% da variação do “*desempenho físico*” e o erro padrão de regressão é de 5.577, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “*desempenho físico*”.

No segundo modelo de regressão, para além da idade, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 5.7% da variabilidade total do “*desempenho físico*” o erro estimado diminuído para 4.357.

Por último, entra a Funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar 6.0%, tendo como erro padrão diminuído para 0.523.

H_{4n}: A variável dependente “dor” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Na hipótese mencionada observa-se, através do Quadro 29 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise ($r=0.206$) e a idade ($r=0.023$).

Averiguamos ainda que a “*dor*” estabelece relações negativas e não significativas com a variável idade, logo quanto menor os índices da variável em questão menor é a dor.

Refira-se, ainda, que a “*dor*” estabelece uma relação positiva com a idade e com o tempo de diálise. Porém, apenas estabelece uma relação significativa com o tempo de diálise, ou seja, quanto maior os índices das variáveis em questão maior é a dor.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a idade pois, através da observação das correlações inseridas no Quadro 29 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 4.2% da variação da “*dor*” e o erro padrão de regressão é de 2.673, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da dor.

No segundo modelo de regressão, para além do tempo de diálise, entrou a funcionalidade familiar e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 4.7% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuído para 0.318.

Por último, entra a idade, passando as três variáveis a ocupar 4.8%, tendo como erro padrão diminuído para 0.063.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são

preditoras da variável dependente, onde foi rejeitada a funcionalidade familiar e a idade, ou seja, a variável tempo de diálise é preditora da “dor”. (cf. Quadro 30, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para a “dor” é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Dor: } 3.962 + 0.019 (\text{tempo de diálise})$$

Figura 9 – Síntese das relações entre a Dor e variáveis independentes



H_{4o}: A variável dependente “saúde em geral” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Para o estudo da *saúde em geral* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

No que se refere à hipótese enunciada anteriormente, observa-se, através do Quadro 31 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a funcionalidade familiar ($r=-0.177$) e a idade ($r=0.001$). Verificamos ainda que a “saúde em geral” estabelece relações inversas e significativas com a funcionalidade familiar, logo pode-se referir que quanto menor os índices da variável em questão mais fraco é a “saúde em geral”.

Contudo, ainda que a “saúde em geral” estabelece relações positivas e não significativas com o tempo de diálise e com a idade.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a funcionalidade familiar pois, como se pode verificar pelas correlações insertas no Quadro 31 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 3.1% da variação da “saúde em geral” e o erro padrão de regressão é de 3.762, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “saúde em geral”.

No segundo modelo de regressão, para além da funcionalidade familiar, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 4.2% da variabilidade total da “saúde em geral” o erro estimado diminuído para 1.335.

Por último, entra a funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar igualmente 4.1%, tendo como erro padrão ficado constante.

Verifica-se que um dos testes das correlações é estatisticamente significativo, mais especificamente a funcionalidade familiar, uma vez que se obtiveram valores de *p-value* inferiores a 0.050.

H_{4p}: A variável dependente “função emocional” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Para o estudo da *função emocional* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Perante a hipótese enunciada anteriormente, observa-se, através do quadro 32 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise ($r=-0.170$) e a idade ($r=-0.014$).

Note-se que, a “*função emocional*” estabelece relações inversas e significativas com o tempo de diálise, logo pode-se referir que quanto menor os índices da variável em questão mais fraco é a “*função emocional*”. Porém, é de referir que a idade estabelece, igualmente, relações inversas mas não significativas com a idade.

Contudo, ainda que a “*função emocional*” estabelece relações positivas e significativas com a funcionalidade familiar, ou seja, quanto maior os índices da variável em questão mais forte é a “*função emocional*”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a funcionalidade familiar pois, como se pode verificar pelas correlações incluídas no Quadro 32 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 3.5% da variação da “*função emocional*” e o erro padrão de regressão é de 4.444, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “*função emocional*”.

No segundo modelo de regressão, para além da funcionalidade familiar, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 6.4% da variabilidade total da “*função emocional*” o erro estimado diminuído para 3.682.

Por último, entra a funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar igualmente 6.41%, tendo como erro padrão diminuído para 0.127.

Verifica-se que dois dos testes das correlações é estatisticamente significativo, mais especificamente o tempo de diálise e a funcionalidade familiar, uma vez que se obtiveram valores de *p-value* inferiores a 0.050.

H_{4q}: A variável dependente “Desempenho emocional” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Na hipótese mencionada observa-se, através do Quadro 33 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre o tempo de diálise ($r=-0.261$) e a funcionalidade familiar ($r=0.071$).

Averiguamos ainda que o “*desempenho emocional*” estabelece relações negativas e significativas com a variável idade e tempo de diálise, logo quanto menor os índices da variável em questão menor é o “*desempenho emocional*”.

Refira-se, ainda, que o “*desempenho emocional*” estabelece uma relação positiva e não significativa com a funcionalidade familiar.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é o tempo de diálise pois, através da observação das correlações inseridas no Quadro 33 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 6.8% da variação do “*desempenho emocional*” e o erro padrão de regressão é de 4.047, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “*desempenho emocional*”.

No segundo modelo de regressão, para além do tempo de diálise, entrou a idade e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 11.3% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuído para 2.678.

Por último, entra a funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar 11.8%, tendo como erro padrão diminuído para 0.297.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitado a funcionalidade familiar e a idade, ou seja, a variável tempo de diálise é preditora do “*desempenho emocional*”.(cf. Quadro 34, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para o “*desempenho emocional*” é dado pela seguinte fórmula:

Desempenho emocional: 12.208+ [-0.038 (tempo de diálise)]

Figura 10 – Síntese das relações entre o *desempenho emocional* e variáveis independentes



H_{4r}: A variável dependente “função social” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”, “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Quanto à hipótese aludida observa-se, através do Quadro 35 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a idade ($r=-0.237$) e a funcionalidade familiar ($r=0.095$).

Averiguamos que a “função social” estabelece relações negativas e significativas com a variável idade, logo quanto menor os índices da variável em questão, menor é a “função social”. Porém, a “função social” estabelece relações negativas mas não significativas com o tempo de diálise.

Refira-se, ainda, que a “função social” estabelece uma relação positiva e não significativa com a funcionalidade familiar.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a idade pois, através da observação das correlações inseridas no Quadro 35 (cf. Apêndice VI), é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 5.6% da variação da “função social” e o erro padrão de regressão é de 2.152, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “função social”.

No segundo modelo de regressão, para além da idade, entrou o tempo de diálise e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 7.0% da variabilidade da variável. Note-se que o erro estimado diminuiu para 0.538.

Por último, entra a funcionalidade familiar, passando as três variáveis a ocupar 7.9%, tendo como erro padrão diminuído para 0.346.

Refira-se ainda que se utilizou uma regressão linear com o método *stepwise*, que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente, onde foi rejeitado a funcionalidade familiar e o tempo de diálise, ou seja, a variável idade é preditora da “função social”. (cf. Quadro 36, Apêndice VI)

O modelo final ajustado para a “função social” é dado pela seguinte fórmula:

Função social: 9.674+ [-0.031 (idade)]

Figura 11 – Síntese das relações entre a *função social* e variáveis independentes



H_{4s}: A variável dependente “vitalidade” é influenciada pelas variáveis independentes “Idade”; “Tempo de diálise” e “Funcionalidade familiar”

Para o estudo da *vitalidade* da Qualidade de Vida com as variáveis independentes referidas na hipótese em estudo, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla. Pelo facto deste modelo não apresentar valor preditivo, optamos pelo método enter.

Perante a hipótese enunciada anteriormente, observa-se, através do Quadro 37 (cf. Apêndice VI), que as correlações entre a dimensão da Qualidade de Vida e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre a idade ($r=-0.016$) e a funcionalidade familiar ($r=0.111$).

Note-se que a “*vitalidade*” estabelece relações inversas e não significativas com a idade e com o tempo de diálise, logo pode referir-se que quanto menor os índices da variável em questão mais fraco é a “*vitalidade*”.

Contudo, ainda que a “*vitalidade*” estabeleça relações positivas e não significativas com a funcionalidade familiar, ou seja, quanto maior os índices da variável em questão mais forte é a “*vitalidade*”.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a idade, pois, como se pode verificar pelas correlações incertas no Quadro 37 (cf. Apêndice VI) é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 1.3% da variação da “*vitalidade*” e o erro padrão de regressão é de 4.060, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “*vitalidade*”.

No segundo modelo de regressão, para além da idade, entrou a funcionalidade familiar e estas duas variáveis em conjunto passaram a explicar 2.5% da variabilidade total da função emocional, o erro estimado diminuído para 3.748.

Por último, entra o tempo de diálise, passando as três variáveis a ocupar igualmente 2.6%, tendo como erro padrão diminuído para 0.312.

Verifica-se que nenhum dos testes das correlações é estatisticamente significativo, uma vez que se obtiveram valores de *p-value* são superiores a 0.050.

5 – DISCUSSÃO

Depois da apresentação dos resultados torna-se essencial analisá-los e interpretá-los, pelo que, este capítulo permite-nos reflectir sobre o estudo efectuado, realçando os dados mais significativos e confronta-los com resultados alcançados em estudos já realizados na mesma área.

5.1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Antes de se fazer a discussão dos resultados, menciona-se que o facto de se ter recorrido ao método de amostragem por conveniência, apesar de ser mais rápido, barato e fácil, este assumiu-se como uma limitação metodológica, na medida em que os resultados e as conclusões só se aplicarem à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo, isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo.

Como refere Fortin (2009) a validade externa de uma investigação relaciona-se, entre outros aspetos, com a generalização dos resultados obtidos, ou seja, trata-se de saber se estes resultados podem ser generalizados para outras situações, o que só seria possível se usássemos uma amostra representativa e proporcional dos utentes com o diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica a efetuar tratamento de substituição renal, no Serviço de Nefrologia – Unidade de Reposição do Hospital de S. Teotónio de Viseu; na clínica Beirodial, Centro Médico e Diálise de Mangualde, SA e no Serviço de Nefrologia do Hospital de S. João – Porto.

Como tal, esta investigação ficou condicionada às opções metodológicas, impedindo de generalizarmos os resultados, que necessitavam igualmente da confirmação de outros estudos do mesmo âmbito, mas com amostras mais alargadas.

Tendo em conta os objectivos traçados, os procedimentos metodológicos utilizados na investigação foram de encontro aos mesmos. Como instrumento de recolha de dados foi selecionado o questionário. Embora tenha sido auto-aplicado, houve necessidade da presença do investigador no preenchimento dos mesmos, podendo esclarecer algumas dúvidas que foram surgindo, sem, contudo, alterar o sentido das respostas. Esta metodologia possui desvantagens, nomeadamente, a menor liberdade nas respostas, dada a presença do investigador, risco de distorções, pela influência do mesmo.

A extensão do questionário (elevado número de variáveis) tornou a colheita de dados demorada e fatigante para os inquiridos. Por outro lado, o tempo disponível para o preenchimento dos questionários foi condicionado pelo horário da sessão de hemodiálise/consulta/exames complementares de diagnóstico/análises e pelo tempo disponibilizado pelos utentes.

Porém, apesar das limitações desta investigação, consideramos que os resultados obtidos nos possibilitam adquirir um conhecimento mais efetivo do tema em estudo, na amostra seleccionada.

5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto do trabalho procedemos à discussão dos resultados anteriormente expostos, com base na revisão da literatura e na experiência profissional.

A nossa amostra é constituída por 97 doentes, com uma média de idades de 58.45 anos (Dp 16.56), oscilando entre os 19 e os 89 anos. Estes dados aproximam-se aos encontrados por Anes e Ferreira (2009) que, no seu estudo sobre a QDV em diálise, obtiveram uma faixa etária a variar entre os 18 e os 88 anos. Erbs et al. (2011), no seu estudo, procuraram verificar se a insuficiência renal crónica interfere na QDV dos doentes, também obtiveram uma média de idades muito próxima da encontrada no presente estudo (56.07).

Em 2010, de acordo com os dados recolhidos pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2010), iniciaram tratamento por diálise ou transplante renal 2 510 doentes (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante), dos quais 61,4% tinha mais de 65 anos. Em relação à hemodiálise, 10 140 doentes encontravam-se a realizar este tratamento em 2010, dos quais 58,7% são homens e 41,3% são mulheres. A prevalência atual apresenta um aumento de 4,8% em relação a 2009, sendo que a incidência de novos doentes manteve-se estável nos últimos anos variando entre 230 e 234 novos doentes por milhão de habitante por ano. De acordo com a mesma fonte, atualmente, a idade média de doentes em hemodiálise é de 66 anos. Estes dados são corroborados pelos encontrados neste estudo, dado que 54.60% dos doentes são do sexo masculino e 45.40% do sexo feminino.

Com base na experiência profissional, coadjuvada com o estudo empírico realizado, podemos dizer que é já significativo o número de doentes crónicos renais com idades inferiores aos 30 anos.

Alguns estudos demonstram dados concordantes com os encontrados na presente investigação, indicando melhor QDV em doentes em diálise peritoneal, como, por exemplo, um estudo, realizado nos Estados Unidos da América, em 1997, denominado *The USRDS*

Dialysis Morbidity and Mortality Study, onde foi aplicada uma QDV a Escala KDQOL, tendo concluído que os doentes neste tipo de tratamento são mais jovens, o que interferiu na percepção da sua QDV.

Constatámos também que a maioria dos indivíduos é casado/união de facto (74.20%), com um nível de instrução, correspondente ao ensino básico (61.00%). Registámos uma prevalência de sujeitos da amostra residentes do meio rural (49.50%), sendo significativo o valor percentual dos sujeitos que recebem um valor mensal inferior a 485€ (61.90%). Estes dados estão em consonância com os encontrados por Arenas et al. (2009) e por Anes e Ferreira (2009), tendo em conta que a sua amostra era constituída na maioria por doentes casados/união de facto, com um baixo nível de escolaridade, com rendimentos mensais também baixos, residentes quase todos do meio rural.

Na nossa amostra, os inquiridos vivem maioritariamente com a “família restrita” e com o “cônjuge” (82.40%), sendo o tipo de funcionalidade observado, com maior frequência, a “*Família Altamente Funcional*” (79.40). Relativamente ao tipo de apoio, a maioria refere não ter qualquer apoio (61.90%) e dos que têm 83.80% refere ter “*apoio familiar*”. Uma vez mais os nossos resultados corroboram os apurados por Anes e Ferreira (2009), segundo os quais os doentes inquiridos viviam com a família restrita e tinham apoio familiar, que se assume como um suporte social imprescindível, tendo-se em conta as deslocações dos doentes à hemodiálise e o tempo que os doentes da diálise peritoneal despendem para o tratamento. Esta afirmação é corroborada pelos resultados apurados, relativamente à frequência das sessões de hemodiálise, onde se verificou uma média de 3.05 sessões/semana e uma duração média de cada sessão de 3.89 horas. Quanto ao tipo de modalidade da diálise peritoneal, 29.30% realizam a DPA e 70.70% executam a DPCA. Estes últimos apresentam uma média de 3.41 tratamentos/dia.

Quanto ao tipo de admissão ao tratamento substitutivo da função renal, constatou-se que a maior parte ingressou através da “*Consulta Externa*” (69.10%), enquanto no estudo de Arenas e Ferreira (2009), a maioria dos sujeitos da sua amostra foram admitidos ao tratamento substitutivo por admissão urgente.

Em relação ao tipo de tratamento o grupo maior é o da “*Hemodiálise*” com 57.70%, sendo o da “*diálise peritoneal*” composto por 42.30% do total da amostra, corroborando os resultados dos autores supracitados, os quais contaram com uma amostra constituída, na maioria, por doentes em hemodiálise, havendo uma discrepância entre os doentes neste tipo de tratamento e os que estão em diálise peritoneal. Salienta-se que na amostra do presente estudo os dois grupos de doentes, tendo em conta o tratamento, são mais homogé-

neos em termos de número. Refere-se que o número de doentes em diálise peritoneal é menor, o que se justifica por ser mais recente que a hemodiálise.

Perante a escolha do método de tratamento, 41.50% dos indivíduos foi o “*médico decidiu*” e 34.00% “*decidiu após consulta enfermagem*”, comparando estes valores percentuais, ressalva-se a valorização do papel da enfermagem na consulta pré-diálise, onde este profissional informa e não decide.

A maioria da amostra (61.90%) refere doenças associadas, sendo a “*HTA*” a mais prevalente (32.99%). Arenas (2009), no seu estudo, apurou que a HTA, apesar de mais prevalente nos doentes em hemodiálise, também é uma doença associada nos doentes submetidos à diálise peritoneal. Anes e Ferreira (2009) verificaram que, em termos de doenças associadas, a diabetes é a que atingiu valores percentuais mais elevados. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2009), com base numa análise comparada dos resultados da NUTS II no Continente, evidenciou agravamentos da HTA com dimensão percentual semelhante em todas as regiões.

Quanto aos resultados obtidos da análise inferencial, ou seja, dos testes de verificação das hipóteses, começa-se por referir que a variável a sexo interferiu unicamente na dimensão “*atividade profissional*”, onde se registou diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} \leq 0,050$), aceita-se a hipótese formulada para esta dimensão. O valor médio mais alto incidiu no grupo de doentes do sexo feminino, sugerindo que as mulheres sentem que o tratamento interfere na sua QDV ao nível da sua atividade profissional, o que vai ao encontro do defendido por Lopes et al. (2007), que refere que as mulheres são mais afetadas psicologicamente pelos fatores ambientais do que os homens. É possível que as mulheres tratadas pela diálise por terem que manter as funções tradicionais, a responsabilidade de tratar de casa e dos filhos sejam expostas a maior carga de stresse físico e mental. Por outro lado, de acordo com os autores citados, as experiências prévias, frustrações a expectativas de vida não concretizadas e a falta de suporte social são fatores que podem ser considerados como determinantes na diferença entre a QVD entre os dois sexos.

Lopes et al. (2007); Anes e Ferreira (2009) chamam a tenção para níveis mais baixos de QDV em mulheres do que nos homens, independentemente da idade e da existência comorbilidades.

Num cômputo geral, registaram-se médias mais altas foram para os doentes que não têm companheiro, ou seja, a sua QDV é menor, tendo por base as seguintes dimensões: os efeitos da doença renal na vida diária; a atividade profissional; a função cognitiva; a qualidade da interação social; o sono; o encorajamento do pessoal da diálise; a função física; a dor e a saúde em geral são mais elevadas quando se tem companheiro. No que respeita à rela-

ção entre a percepção da QDV e a situação familiar de doentes sujeitos a diálise parecem verificar-se pontuações de QDV mais favoráveis do que nos doentes que não têm companheiro. Estes dados corroboram os encontrados por Anes e Ferreira (2009). Deste modo, poder-se-á dizer que o companheiro e restante família são encarados como apoio social e emocional de QDV muito importantes, para além do apoio nas componentes de função e de desempenho físicos.

Registou-se que houve diferenças estatisticamente significativas quando se associou a variável residência e as dimensões da QDV, nomeadamente ao nível da função sexual (onde os doentes residentes na aldeia demonstram perceber melhor QDV); apoio social e encorajamento da equipa de diálise (onde foram os doentes residentes nas cidade e nas vilas que revelaram ter melhor QDV, pois as médias foram mais elevadas). Estes dados corroboram os encontrados por Anes e Ferreira (2009), segundo os quais os doentes com DRC dos meios urbano e semiurbano, na globalidade, têm melhor QDV, comparativamente aos do meio rural, o que sugere que os doentes na cidade e na vila têm um acesso mais facilitado aos serviços de saúde e a outras redes de apoio social.

O nível de instrução também forneceu dados conclusivos no que se refere à sua influência na QDV, havendo diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: atividade profissional ($p=0.010$), sendo as médias mais altas para os doentes que não sabem ler/escrever, abrangendo também os que possuem o ensino primário e o ensino básico, traduzindo menor QDV; as médias mais baixas foram as registadas para os doentes com mais habilitações académicas, equivalendo a uma melhor percepção da sua QDV; na função sexual (0.002), onde os valores médios mais altos foram encontrados nos doentes com o ensino secundário (menor QDV); no encorajamento do pessoal da diálise ($p=0.017$), as médias mais altas registaram-se nos doentes que não sabem ler e os que possuem o ensino superior, correspondendo a menor QDV.

Através do teste *Post Hoc (Tukey)*, verificou-se que o *encorajamento do pessoal da diálise* explica 12.5% da variação da QDV; a atividade profissional consegue explicar 13.9% da sua variação e a função sexual explica 17.3% da variação da QDV.

No presente estudo, à exceção das supracitadas variáveis, há uma percepção positiva da QDV dos doentes da amostra, o que vai ao encontro dos dados apurados por Anes e Ferreira (2009), onde os doentes com mais habilitações literárias revelaram maioritariamente uma melhor percepção da sua QDV, em quase todas as dimensões da escala. Os dados empíricos encontrados no presente corroboram o facto de a maioria dos estudos anteriores concluírem que mais instrução equivale perentoriamente a mais informação, mais conhecimento e mais percepção para controlar a doença e, por consequência, melhor percepção da

QDV. Poder-se-á dizer que, na atualidade, os doentes no geral, ainda que não tenham todos os mesmos recursos escolares, começam a estar mais sensibilizados e encorajados pelos profissionais de saúde para a adesão ao tratamento, traduzindo-se em melhor QDV. Neste sentido, ainda se poderá acrescentar, com base nas diferenças estatisticamente significativas encontradas para a variável encorajamento do pessoal da diálise ($p=0.017$), onde as médias mais altas registaram-se nos doentes que não sabem ler e os que possuem o ensino superior e as mais baixas nos doentes com o ensino secundário. Como tal, importa referir que, independentemente, das habilitações literárias, tem de haver um investimento por parte dos referidos profissionais, demonstrando ao ser cuidado que o tratamento (hemodiálise e diálise peritoneal) contribui para a manutenção da sua vida.

No rendimento mensal registaram-se diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões: peso da doença renal ($p=0.005$); atividade profissional ($p=0.030$); função sexual ($p=0.011$); saúde em geral ($p=0.035$); função emocional ($p=0.035$) e vitalidade ($p=0.013$). Saliente-se que, nestas dimensões, foram os doentes com rendimentos superiores a 970€ que tiveram melhor perceção da sua QDV, à exceção da dimensão função sexual, onde foram os doentes com rendimento mensal inferior a 485€, o que corrobora os resultados obtidos aquando da variável residência e escolaridade, onde estes também registaram médias que equivalem a melhor QDV. Considera-se que o facto de os doentes com menor QDV nas dimensões atividade profissional, saúde em geral e vitalidade, terão, como ficou aferido neste estudo, igualmente menor QDV na dimensão emocional. Ferreira e Santana (2003), Anes e Ferreira (2009) também obtiveram melhores pontuações de QDV nos indivíduos com rendimentos mais elevados.

Quanto ao tipo de tratamento dialítico, num cômputo geral, obtiveram-se médias indicativas de uma melhor perceção de QDV para os doentes em diálise peritoneal, à exceção da dimensão sexual, onde foram os doentes em hemodiálise a perceberem melhor a sua QDV. Neste sentido, Anes e Ferreira (2009) concluíram também que os valores médios de QDV foram registados nos doentes em diálise peritoneal. No entanto, estes autores apenas encontraram diferenças estatisticamente significativas na atividade profissional e encorajamento do pessoal de diálise, enquanto, no presente estudo, se observou uma situação contrária, ou seja, só não houve essas diferenças na atividade profissional, qualidade de interação social e saúde em geral. Contudo, os valores médios encontrados apontam sempre para uma avaliação da QDV mais positiva para os doentes em diálise peritoneal.

Arenas et al. (2009) referem ser frequente a perceção que a diálise peritoneal automática pode oferecer relacionada com a saúde melhor que a hemodiálise. Como tal, pode dizer-se que o tratamento dialítico peritoneal oferece mais benefícios aos doentes, uma vez que os doentes ficam com mais tempo livre para realizar as suas atividades, inclusive, fa-

zem o tratamento no domicílio e no local de trabalho, caso este ofereça condições, o que se traduz em melhor QDV. Enquanto os doentes em hemodiálise têm de se deslocar a uma clínica ou ao hospital de referência.

Quanto à escolha do método de tratamento dialítico foram todos os doentes que optaram pelo mesmo (hemodiálise e/ou peritoneal) após consulta de enfermagem que obtiveram valores médios, em todas as dimensões da escala de QDV, indicativos de uma percepção mais positiva da mesma, seguindo-se os doentes após terem sido informados pelo médico. Por sua vez, os doentes cujo tratamento dialítico foi o médico que escolheu avaliaram a sua QDV de forma menos positiva, à exceção da dimensão função sexual, onde estes perceberam uma melhor QDV.

Estes dados poderão ser suportados empiricamente com base no facto do médico apenas informar os doentes acerca das modalidades de tratamento dialítico, enquanto na consulta pré-diálise, os enfermeiros, além de darem todas as informações necessárias, demonstram as técnicas aos doentes, a fim de que estes possam ter uma melhor percepção de cada uma. Esta demonstração ajuda os doentes a decidir sobre qual será o tratamento mais adequado a si próprio, ou seja, que considerem, dentro da sua situação, ser o mais indicado para lhe garantir mais QDV, que, *a priori*, já está comprometida pela própria doença crónica.

Quando se cruzou o tipo de admissão com a QDV, verificou-se que, na generalidade, foram os doentes admitidos através da Consulta Externa que obtiveram valores médios indicativos de uma melhor percepção da sua QDV. No entanto, nem sempre esses valores resultaram em diferenças estatisticamente significativas, pois as mesmas só foram observadas nas seguintes dimensões: sintomas/problema hemodiálise; peso da doença renal; encorajamento do pessoal da diálise; dor; função emocional e vitalidade, onde as pontuações predictoras de melhor QDV continuaram a ser para os doentes admitidos ao tratamento dialítico através da Consulta Externa. Estes dados podem ser explicados com suporte numa melhor preparação dos doentes, através da Consulta Externa, o que está em consonância com Anes e Ferreira (2009).

No que se refere aos resultados das regressões, verificou-se que quanto mais idade o doente tem e maior é o tempo de diálise, maior o peso da doença renal, ou seja, quanto menor a idade e menor o tempo de diálise, menor são os sintomas/problemas do tratamento dialítico. Constatou-se também que quanto maior a idade e maior a funcionalidade familiar, maior é a atividade profissional, isto é, a idade é preditora da atividade profissional. Confirmou-se que há uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade da interação social e o tempo de diálise, ou seja, quanto maior a funcionalidade familiar maior a qualidade da interação social, maior é o sono e o apoio social. Constatou-se que o desempenho físico

no início da diálise é menor, talvez devido à condição física dos doentes, nessa altura, estar debilitada e os sintomas da doença não controlados.

Quanto menor a idade e o tempo de diálise, mais fraco é o índice da satisfação do doente e mais fraca é a sua função emocional, o que se poderá justificar com base na constatação que os doentes, nesta fase, ainda não estão adaptados ao tratamento. Estes resultados poderão ser justificados com a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a função cognitiva e o tempo de diálise. Isto significa que os doentes com mais idade e mais tempo de diálise já assimilaram de forma mais positiva todos os processos implícitos à doença e ao tratamento, resultando na sua adaptação. Esta situação também poderá estar relacionada com outro resultado encontrado, ou seja, quanto maiores os índices da idade e do tempo de diálise, mais forte é o encorajamento da equipa da diálise, podendo significar que estes doentes têm um contacto maior com os profissionais de saúde, que procuram uma adaptação biopsicossocial dos doentes a todo o processo. A equipa da diálise apoia os doentes na procura de respostas para os acontecimentos quotidianos, passando por etapas de elaboração e de reformulação contínua conjuntas, para que estes se possam adaptar à sua realidade e, conseqüentemente, terem uma melhor qualidade de vida.

Ainda neste contexto, verificou-se que a função emocional estabelece relações significativas e positivas com a funcionalidade familiar, ou seja, quanto maior a funcionalidade familiar maior a função emocional e a vitalidade. Neste sentido, Pedroso e Sbardelloto (2008) referem que os fatores psicossociais podem alterar os padrões de comportamento dos doentes com DRC, o qual tem a sua estrutura abalada e, muitas vezes, sente dificuldade de aceitação e de conformidade com a doença e com o tratamento. O suporte social oferecido ao doente e a forma como ele o percebe é de extrema importância para o desenvolvimento de novas estratégias para enfrentar toda a situação vivenciada, que o auxiliem na preservação da qualidade de vida, atenuando o sofrimento face à doença crónica que tanto o fragiliza e o torna dependente. Com este apoio o desempenho emocional do doente aumenta. As autoras citadas, através do seu estudo, concluíram que os doentes com DRC que não possuem tanto apoio familiar e social percebem os efeitos da doença de forma negativa, o que interfere no modo como estes avaliam a sua qualidade de vida, que se apresenta também ela negativa.

Acrescenta-se que os doentes, apesar de terem mais idade e mais tempo de diálise, se tiverem apoio familiar, terão ganhos de qualidade de vida, uma vez que a família é um suporte indispensável para a manutenção da homeostasia do próprio doente. Por outro lado, pode acrescentar-se que conviver com outras pessoas com a mesma doença e conversar com os profissionais de saúde poderão ser meios para aumentar os conhecimentos e desmistificar os medos. Como tal, importa intervir mais junto dos doentes, independentemente

da sua idade e tempo de diálise, para que estes possam recorrer a todos os seus recursos, lutando para resgatar o autoequilíbrio que, provavelmente, supõem possuir e que sentem estar ameaçado. Pedroso e Sbardelloto (2008) referem a necessidade de se avaliar o nível do suporte social percebido pelos doentes IRC, o que significa proporcionar-lhes informações relevantes para o conhecimento das variações, no que se refere ao bem-estar psicológico relacionado com a saúde e com a doença e também com a qualidade de vida, a partir de variáveis como a autoestima preservada e a aceitação do tratamento dialítico. Deste modo, compreende-se como alguns fatores intrínsecos e extrínsecos aos doentes servem de mediadores, para que estes possam responder à doença e ao tratamento da melhor maneira.

Num cômputo geral, em relação à QDV geral, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão “sintomas /problemas hemodiálise” ($p=0.049$) e “atividade profissional” ($p=0.012$), não existindo diferença estatisticamente significativa nas outras dimensões. Uma vez mais se reitera o facto de os doentes sujeitos à diálise peritoneal demonstrarem melhor perceção da sua QDV, o que pode ser justificado com o facto desta técnica permiti à pessoa maior flexibilidade, em termos de horários e permite-lhe ajustar a frequência e duração das sessões de acordo com as necessidades. Machado (2009) realizou um estudo com pessoas em hemodiálise e em diálise peritoneal, tendo demonstrado, inclusive, que a adesão é maior quanto maior for a congruência entre o tipo de tratamento e o estilo de *coping* da pessoa, ou seja, as pessoas que preferiam ter um papel mais ativo no tratamento apresentavam maior adesão em diálise peritoneal, revelando uma avaliação mais positiva da sua QDV, e as que pelo seu estilo de *coping* preferiam ter um papel menos ativo no tratamento, eram mais aderentes em hemodiálise, com uma apreciação mais negativa da sua QDV.

6 – CONCLUSÕES

É visível o crescente interesse da avaliação da QDV nos doentes com DRC. No entanto, os estudos sobre a associação do tipo de tratamento dialítico (hemodiálise e diálise peritoneal) com a QDV ainda são escassos, sobretudo, a nível nacional. Daí ter surgido a realização desta investigação, partindo-se também da constatação que as práticas dialíticas provocam profundas mudanças nas atividades da vida diária dos indivíduos e, por inerência, redução na sua QDV.

A DRC é considerada uma doença altamente intrusiva, pelas implicações e restrições que impõe à vida diária e pela incerteza do seu prognóstico, podendo, em alguns casos, resultar em depressão, sendo as limitações progressivas de diferentes funções do organismo, a fadiga, a fraqueza muscular, a diminuição da capacidade de trabalho, as suas limitações financeiras e a redução da função sexual, entre outros fatores. Estes aspetos emocionais são potenciados pela grande instabilidade familiar, laboral e social em que alguns doentes se encontram (FERREIRA e ANES, 2010).

Os autores citados acrescentam que a maior parte das estratégias de *coping* não são utilizadas pelo doente com DRC, atendendo às limitações impostas pela patologia e pela diálise. Alguns deles enfrentam estas limitações com coragem, conservando as responsabilidades familiares e profissionais, sobretudo quando há apoio social e funcionalidade familiar; outros, ao evidenciarem sentimentos de desânimo, desesperança, pessimismo e impotência, perante a realidade da doença e do tratamento, acabam por questionar-se se valerá a pena continuar a viver deste modo.

Ao nível da vida social, também ocorrem alteração, essencialmente na rotina diária, nas responsabilidades familiares e nas profissionais, o que se deve principalmente ao facto do doente precisar de se deslocar a um centro de diálise três dias por semana, entre três a cinco horas por dia (hemodiálise), ou por ter de passar quase metade dos seus dias a efetuar tratamentos no domicílio (diálise peritoneal). O tempo gasto nas sessões de diálise, consultas médicas e exames laboratoriais, associado ao tempo de hospitalização, são, inclusive, fatores que podem dificultar a atividade laboral destes doentes. Como tal, constituem-se fatores de rutura no seu equilíbrio, em consequência da incerteza, insegurança, perda de autonomia, sentimento de incapacidade e alteração dos papéis até aí desempenhados.

O conceito de QDV abarca uma ampla série de características físicas e psicológicas e a avaliação dos cuidados em saúde está cada vez mais dirigida para as medições específicas de QDV na doença, em consonância com o ponto de vista da mesma por parte dos próprios doentes (BOWLING, 1995, cit. por FERREIRA e ANES, 2010).

Com base na parte empírica deste trabalho verificou-se que a QDV é o resultado da ação positiva ou negativa das relações percebidas ou consideradas pelos sujeitos da amostra face à doença e ao tratamento, tendo em conta também as suas características socio-demográficas e sociofamiliares. Assim, entende-se a QDV como a percepção subjetiva de satisfação ou insatisfação face à doença e à própria vida, refletindo-se na forma como os doentes encaram o próprio tratamento dialítico.

No que se refere aos principais resultados dos testes de verificação das hipóteses, começa-se por referir que a variável sexo interferiu unicamente na dimensão "*atividade profissional*", onde se registou diferenças estatisticamente significativas. O valor médio mais alto incidiu no grupo de doentes do sexo feminino, sugerindo que as mulheres sentem que o tratamento interfere na sua QDV ao nível da sua atividade profissional.

Num cômputo geral, registaram-se médias mais altas para os doentes que não têm companheiro, ou seja, a sua QDV é menor, tendo por base as seguintes dimensões: os efeitos da doença renal na vida diária; a atividade profissional; a função cognitiva; a qualidade da interação social; o sono; o encorajamento do pessoal da diálise; a função física; a dor e a saúde em geral são mais elevadas quando se tem companheiro. No que respeita à relação entre a percepção da QDV e a situação familiar de doentes sujeitos a diálise parecem verificar-se pontuações de QDV mais favoráveis do que nos doentes que não têm companheiro.

Registou-se que houve diferenças estatisticamente significativas quando se associou a residência e as dimensões da QDV, nomeadamente ao nível da função sexual (onde os doentes residentes na aldeia demonstram perceber melhor QDV); apoio social e encorajamento da equipa de diálise (onde foram os doentes residentes nas cidade e nas vilas que revelaram ter melhor QDV, pois as médias foram mais elevadas).

O nível de instrução também forneceu dados conclusivos no que se refere à sua influência na QDV, havendo diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: atividade profissional, sendo as médias mais altas para os doentes que não sabem ler/escrever, abrangendo também os que possuem o ensino primário e o ensino básico, traduzindo menor QDV; as médias mais baixas foram as registadas para os doentes com mais habilitações académicas, equivalendo a uma melhor percepção da sua QDV; na função sexual, onde os valores médios mais altos foram encontrados nos doentes com o ensino secundário (menor QDV); no encorajamento do pessoal da diálise, as médias mais altas registarem-se nos do-

entes que não sabem ler e os que possuem o ensino superior, correspondendo a menor QDV.

No presente estudo, houve uma percepção positiva da QDV dos doentes da amostra, onde os doentes com mais habilitações literárias revelaram maioritariamente uma melhor percepção da sua QDV, em quase todas as dimensões da escala.

Com base nas diferenças estatisticamente significativas encontradas para o encorajamento do pessoal da diálise, onde as médias mais altas registaram-se nos doentes que não sabem ler e os que possuem o ensino superior e as mais baixas nos doentes com o ensino secundário.

No rendimento mensal registaram-se diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões: peso da doença renal; atividade profissional; função sexual; saúde em geral; função emocional e vitalidade. Nestas dimensões, foram os doentes com rendimentos superiores a 970€ que tiveram melhor percepção da sua QDV, à exceção da dimensão função sexual, onde foram os doentes com rendimento mensal inferior a 485€.

Quanto ao tipo de tratamento dialítico, num cômputo geral, obtiveram-se médias indicativas de uma melhor percepção de QDV para os doentes em diálise peritoneal, à exceção da dimensão sexual, onde foram os doentes em hemodiálise a perceberem melhor a sua QDV. Não houve diferenças estatisticamente significativas na atividade profissional, qualidade de interação social e saúde em geral. Contudo, os valores médios encontrados apontam sempre para uma avaliação da QDV mais positiva para os doentes em diálise peritoneal.

Quanto à escolha do método de tratamento dialítico foram todos os doentes que optaram pelo mesmo (hemodiálise e/ou peritoneal) após consulta de enfermagem que obtiveram valores médios, em todas as dimensões da escala de QDV, indicativos de uma percepção mais positiva da mesma, seguindo-se os doentes após terem sido informados pelo médico. Por sua vez, os doentes cujo tratamento dialítico foi o médico que escolheu avaliaram a sua QDV de forma menos positiva, à exceção da dimensão função sexual, onde estes perceberam uma melhor QDV. Quando se cruzou o tipo de admissão com a QDV, verificou-se que, na generalidade, foram os doentes admitidos através da Consulta Externa que obtiveram valores médios indicativos de uma melhor percepção da sua QDV. No entanto, nem sempre esses valores resultaram em diferenças estatisticamente significativas, pois as mesmas só foram observadas nas seguintes dimensões: sintomas/problema hemodiálise; peso da doença renal; encorajamento do pessoal da diálise; dor; função emocional e vitalidade, onde as pontuações predictoras de melhor QDV continuaram a ser para os doentes admitidos ao tratamento dialítico através da Consulta Externa. Confirmou-se que, em termos

gerais, foram os doentes em diálise peritoneal que perceberam a sua QDV como mais positiva.

Face aos dados obtidos e tendo em conta também a revisão da literatura efetuada, considera-se importante que os enfermeiros da diálise devem atuar com o intuito de minimizar o impacto da doença na vida do doente e da família, tentando impedir os efeitos iatrogénicos na procura de garantir o tratamento junto com a equipa multidisciplinar.

O trabalho do enfermeiro na diálise deve acontecer tanto a reestruturação psíquica do doente, como também na manutenção do tratamento. A assistência biopsicossocial junto dos doentes com DRC poderá auxiliá-los a encarar sua condição numa outra perspetiva, ativando estratégias para que estes possam resgatar o bem-estar e alcançar melhor QDV, descobrindo possibilidades na adversidade.

Há muito a ser feito no trabalho com estes doentes, como afirmam Neri e Fortes (2006). Ao vivenciar um acontecimento negativo, tal como uma doença crónica que muitas vezes incapacita o doente para determinadas atividades, o senso de controlo do indivíduo tende a ser acionado, ou seja, os seus recursos pessoais e sociais sofrem uma pressão para se adaptarem ao novo modelo. Estes autores referem que a adaptação é a capacidade de maximizar as possibilidades individuais, reorganizando a vida face às limitações, ajustando-se às diversas situações individualmente ou com ajuda de outros. É nessa ajuda que o enfermeiro tem a sua grande importância, pois muitos doentes com esta cronicidade vivenciam uma brusca mudança no seu modo de viver, acarretando-lhes limitações, pensamentos sobre morte e encaram o tratamento como doloroso, não conseguindo encontrar forças para superar sozinhos estas adversidades, resultando numa perceção negativa da sua QDV.

A forma como cada pessoa experiencia a sua doença é subjetiva e há distintas possibilidades para lidar com esta experiência, retirando da mesma experiências que poderão levar ao seu crescimento pessoal e a repensar os valores principais da vida, ou revoltando-se e caindo em desespero (FREIRE, RESENDE e SOMMERHALDER, 2000). Como tal, essa negatividade tem repercussões na QDV. Neste sentido, é importante ajudar estes doentes a anularem o significado trágico de toda esta experiência, fornecendo-lhes estratégias que os ajudem a resignificar a sua vida. Ou seja, os enfermeiros podem auxiliar o doente a compreender que a crise pode ser o pilar de uma mudança, particularmente em ganhos de QDV. Importa que o doente tenha apoio para que possa refletir sobre a sua vida e mudar a forma de encarar o tratamento, ou, como refere Rezende et al. (2009, p. 2), “sofrer, pois, significa agir, crescer e amadurecer”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANES, Eugénia J. e FERREIRA, PEDRO L. - **Qualidade de vida em diálise**. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, nº 8, 2009, pp. 67-82.
- ARENAS, Valquiria Greco; BARROS, Luciene Fátima Neves Monteiro; LEMOS, Francine Barros [et al.] - **Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise**. In: *Acta Paul Enfermagem*, nº 22 (Especial-Nefrologia), 2009, pp. 535-9.
- ASSOCIAÇÃO DOS DOENTES RENAIIS DO NORTE DE PORTUGAL – *A diálise e os seus pioneiros. A hipertext writing guide*. [Documento WWW]. Disponível em URL <http://www.adnrc-centro-social-rcts.pt/pioneiros.htm>, 2005, consultado a 12 de Janeiro de 2010.
- CHAMNEY, Melissa – Anatomia e Fisiologia do Rim. In: Casal, Marta Cruz (Coord.) - *Doença Renal Crónica (Estádios 1-3). Guia par a prática clínica*, 2007, pp. 21-32.
- DAUGIRDAS, J.; BLAKE, P.G. E ING, T.S. – **Manual de Diálise**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. ISBN 978-85-277-1431-0.
- DINIZ, Denise Pará e SCHOR, Nestor – *Qualidade de Vida*. Brasil: Editora Manole Lda., 2006.
- ERBS, Gislene Carla [et al.] - **A Insuficiência renal crônica: a qualidade de vida e as questões de gênero**. www.psicologia.pt, consultado a 25 de Julho de 2011
- FERREIRA, P. L. e SANTANA, P. - Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. In: **Revista Portuguesa Saúde Pública**, nº 21 (2), 2003, pp. 15-30.
- FERREIRA, Pedro L. - Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF / Pedro Lopes Ferreira, Eugénia J. Anes. - (Doenças crónicas) In: **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 28, n.º 1 (Janeiro/Junho 2010), p. 31-39.
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, D. L. 2009. - 595 p. ; ISBN 978-989-8075-18-5
- FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C.; SOMMERHALDER, C. - **Sentido de vida – indagações e perspectivas psicológicas**. In: *Cadernos de Psicologia da SBP*, 1, nº 1, 2000, pp. 11-18.
- GARCIA, Luís M. A; **Adaptação do Insuficiente Renal Crónico à Hemodiálise: Contributos do Enfermeiro**; Porto; 2001
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Revista de Estudos Demográfico, nº

46, Novembro de 2009. [acedido 4 Julho de 2011], Disponível em <http://www.ine.pt/xportal>.

JENKINS, K. – Avaliação, Diagnóstico e Tratamento da Doença Renal Crónica. In: Casal, Marta Cruz (Coord.) - *Doença Renal Crónica (Estádios 1-3). Guia par a prática clínica*, 2007, pp. 33-51.

LIMA, A. – ***Paciente renal crónico: a busca por uma melhor qualidade de vida. A hiper-text writing guide.*** [Documento WWW]. Disponível em: URL [http:// www.usp.br/](http://www.usp.br/), 2005, consultado a 12 de Janeiro de 2010.

LOPES, J. A; ABREU C. P; ALMEIDA, E.; PRATA, M.M.- **Early referral to a nephrologist is associated with better long-term outcome of chronic dialysis patients.** In *Port JNephrol Hypert* 2007; 21, pp. 23-28.

MACHADO, Maria Manuela Pereira – ***Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros.*** Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, 2009, p. 45.

MAROCO, João Paulo - ***Análise Estatística com a utilização do SPSS.*** 3ª Ed. Silabo. Lisboa. 822 p. ISBN: 978-972-618-452-2.

PEDROSO; Rosemeri Siqueira; SBARDELLOTO, Gabriela – Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. In *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte*, (Fevereiro/Julho 2008), Ano 4, nº 7, pp. 32-35.

PEREIRA, Alexandre – ***Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia.*** Edições Sílabo Lda. 7ª Ed. Lisboa. 2008. ISBN 978-972-618-510-9.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - ***Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS.*** 4ª Ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - ***Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS.*** 5ª Ed. rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0

RESENDE, Marineia Crosara [et all] - **Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crónica: em busca de ajustamento psicológico.** *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol.19, nº.2, P.87 – 99, 2007 ISSN 0103-5665

REZENDE, Rachel C.; PORTO, Isaura S. - **Cuidado de enfermagem para clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais e expressivas** - *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(2):266-74.<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a05.pdf>, consultado a 15 de Abril de 2011

RODRIGUES, Tatiana A.; BOTTI, Nadja C. L. – **Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise.**In: *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Especial-Nefrologia):528-30 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/15.pdf> consultado a 15 de Abril de 2011

ANEXOS

ANEXO A
Questionário aplicado na colheita dos dados

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1 - **Idade:** ____ anos

2 - **Sexo:** Masculino Feminino

3 - **Estado Civil:** Solteiro Casado Divorciado Viúvo União de facto

4 - **Residência:** Aldeia Vila Cidade

5 - **Habilitações literárias:** Não sabe ler nem escrever
 Ensino primário
 Ensino básico
 Ensino secundário
 Ensino superior

6 - **Rendimento mensal (líquido):** Inferior a 485 € (ordenado mínimo)
 Entre 485 e 970 €
 Entre 970 e 1455 €
 entre 1455 e 1940 €
 Superior a 1940 €

7 - **Situação Profissional:** Qual a profissão? _____

	Antes de iniciar diálise	Depois de iniciar diálise
Empregado(a) a tempo inteiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empregado(a) a tempo parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baixa médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reformado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II – VARIÁVEIS SOCIOFAMILIAR E SOCIAL

1 - **Com quem vive:**

- Com o cônjuge/companheiro(a)
 Com a família restrita (marido, esposa e filhos)
 Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros)
 Sozinho(a)
 Num lar

2 - **Tipo de Apoio que recebe**

- Nenhum
 Familiar
 Amigos
 Centro de dia
 Centro paroquial
 Segurança social
 Outros : _____

3 - **Escala de Apgar Familiar - SMILKSTEIN (1978) cit. in AZEREDO e MATOS (1989)**

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
2) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?			
3) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5) Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			

III- CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1 - Tempo de diálise: ____ anos e ____ meses

2 - Tipo de tratamento: Hemodiálise Diálise peritoneal

3 - Como é que iniciou o tratamento? Consulta externa Urgência

4 - Sofre de outras doenças associadas?

Não

Sim. Qual(ais): HTA Diabetes Anemia Outra. Qual?

5- Qual das seguintes afirmações descreve melhor o processo de escolha do seu método de tratamento?

O meu médico decidiu.

Eu decidi após informado pelo meu médico.

Eu decidi após consulta Com médico e enfermeiro que me informaram das alternativas.

Hemodiálise	Diálise Peritoneal
6- Frequência de diálise: ____ vezes/semana	10 - Já teve necessidade de recorrer ao hospital por problemas com o orifício ou peritonite? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantas vezes? _____
7 - Duração da sessão de diálise: ____h/sessão	
8 - Qual o acesso vascular que tem para fazer hemodiálise? <input type="checkbox"/> Fistula artério-venosa. <input type="checkbox"/> Prótese vascular. <input type="checkbox"/> Cateter venoso central.	11 - Que modalidade de tratamento efectua Diálise Peritoneal <input type="checkbox"/> Diálise Peritoneal Continua Ambulatória.(DPCA) n ^o tratamentos ___/dia <input type="checkbox"/> Diálise Peritoneal Automática (DPA)
9 - Já teve necessidade de recorrer ao hospital por problemas com o seu acesso vascular? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantas vezes? _____	

IV . Qualidade de vida

A sua saúde

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

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

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 X cada linha.]

	Não, nada limitado	Sim, um pouco limitado	Sim, muito limitado
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes			
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa			
Levantar ou pegar nas compras de mercearia			
Subir vários lanços de escada			
Subir um lanço de escadas			
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se			
Andar mais de 1 Km			
Andar várias centenas de metros			
Andar uma centena de metros			
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a			

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
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?					
Fez menos do que queria?					
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?					
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)?					

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
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?					
Fez menos do que queria?					
Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume					

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

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas Muito fracas Ligeiras Moderadas Fortes Muito Fortes

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

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

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?					
Se sentiu muito nervoso/a?					
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?					
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?					
Se sentiu com muita energia?					
Se sentiu deprimido/a?					
Se sentiu estafado/a?					
Se sentiu feliz?					
Se sentiu cansado/a?					

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

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

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
Parece que adoço mais facilmente do que os outros					
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa					
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar					
A minha saúde é ótima					

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 minha doença renal interfere demasiado na minha vida					
Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal					
Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal					
Sinto-me um peso para a minha família					

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
Se isolou das outras pessoas à sua volta?						
Demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas?						
Se mostrou irritável com os que o/a rodeavam?						
Teve dificuldades em se concentrar ou pensar?						
Se deu bem com as outras pessoas?						
Se sentiu confuso/a?						

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

	Nada Incomodado	Um pouco Incomodado	Moderadamente Incomodado	Muito Incomodado	Extremamente incomodado
Dores musculares?					
Dor no peito?					
Cãibras?					
Comichão?					
Pele seca?					
Falta de ar?					
Sensação de desmaio e tonturas?					
Falta de apetite?					
Esgotado/a ou sem forças?					
Mãos ou pés dormentes?					
Náusea ou indisposição					

(Apenas para doentes em hemodiálise)

Problemas com a fístula?					
--------------------------	--	--	--	--	--

(Apenas para doentes em diálise peritoneal)

Problemas com seu cateter?					
----------------------------	--	--	--	--	--

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	Moderadamente Incomodado	Muito Incomodado	Extremamente Incomodado
Restrição de líquidos?					
Restrição dietética?					
Capacidade para fazer os trabalhos domésticos?					
Capacidade para viajar?					
Dependência de médicos e outro pessoal clínico?					
Stresse ou preocupações causadas pela doença renal?					
Vida sexual?					
Aparência física?					

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
Sim 2

Se respondeu não, por favor salte para a Pergunta 17
--

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
Ter prazer sexual?					
Ficar excitado/a sexualmente?					

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.]

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
Acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer?						
Dormiu o tempo suficiente?						
Teve dificuldade em se manter acordado/a durante o dia?						

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 quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos?				
O apoio que recebe da família e dos amigos?				

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

Sim Não

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

Sim Não

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**

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
O pessoal da diálise incita-me a ser tão independente quanto possível					
O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal					

ANEXO B
Parametrização e Caracterização psicométrica da escala

O KDQOL-SF possui perguntas específicas que focam as preocupações particulares dos doentes renais em diálise, composto por 80 itens. Inclui 43 itens sobre doença renal crónica e o SF-36.

A parte específica sobre doença renal inclui itens divididos em 11 dimensões (ESRD – End Stage Renal Disease): sintomas/problemas (12 itens), efeitos da doença renal sobre a vida diária (oito itens), sobrecarga imposta pela doença renal (quatro itens), condição de trabalho (dois itens), função cognitiva (três itens), qualidade das interacções sociais (três itens), função sexual (dois itens) e sono (quatro itens); inclui também três escalas adicionais: suporte social (dois itens), estímulo da equipe da diálise (dois itens) e satisfação do paciente (um item).

O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões: funcionamento físico (10 itens), limitações causadas por problemas da saúde física (quatro itens), limitações causadas por problemas da saúde emocional (três itens), funcionamento social (dois itens), saúde mental (cinco itens), dor (dois itens), vitalidade (energia/fadiga); (quatro itens), percepções da saúde geral (cinco itens) e estado de saúde actual comparado há um ano atrás (um item), que é computado à parte.

O item contendo uma escala variando de 0 a 10 para a avaliação da saúde em geral é computado à parte (FERREIRA e ANES, 2010).

O formato de resposta mais frequente é a escala de Likert com três, quatro, cinco, seis ou sete pontos. Existem três perguntas com um tipo de resposta dicotómica (sim, não) e duas questões são avaliadas num contínuo de zero a dez: de “muito mau” a “muito bom”, e de ““pior possível” a “melhor possível” (FERREIRA e ANES, 2010).

Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF

PEDRO LOPES FERREIRA
HUGÉNIA J. ANES

O objectivo deste artigo é apresentar os resultados dos processos de tradução, adaptação cultural e validação da versão 1.3 do instrumento KDQOL-SF de medição de qualidade de vida de insuficientes renais crónicos. Este questionário é composto por perguntas agregadas em onze dimensões ESRD específicas de doentes renais em fase terminal e oito dimensões SF genéricas de estado de saúde.

O questionário foi traduzido por dois tradutores independentes, de inglês para português. De seguida, realizou-se um painel intermédio, de onde resultou uma tradução de consenso, da qual foi efectuada uma retroversão, de português para inglês. Foi realizada uma nova reunião, em que a retroversão foi comparada com a versão original, dando origem a uma versão intermédia. Posteriormente, foram constituídos dois painéis, um com um revisor clínico, e outro constituído por cinco pessoas com insuficiência renal crónica em hemodialise, a quem foi feito um teste de compreensão. O questionário foi bem aceite, considerado claro e de fácil compreensão pelos doentes.



Pedro Lopes Ferreira é professor associado com agregação na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e director do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Hugénia J. Anes é professora-adjunta na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Submetido à apreciação: 17 de Janeiro de 2008
Aceite para publicação: 26 de Janeiro de 2010

Para testar a fiabilidade do instrumento de medição tiveram-se em conta os conceitos de estabilidade intertemporal e de coerência interna. Assim, numa amostra de 26 pessoas com insuficiência renal crónica em tratamento dialítico, os valores das correlações entre duas avaliações consecutivas foram altos e positivos, variando entre 0,71 para a função cognitiva e 0,98 para o apoio social. A coerência interna ou homogeneidade de conteúdo foi testada através do α de Cronbach, em que se obtiveram resultados superiores a 0,70, com excepção da actividade profissional (0,69), do peso da doença renal (0,65) e da qualidade da interacção social (0,36).

A validade de conteúdo foi garantida através dos resultados de ambos os painéis utilizados e a validade de construção pelas relações lógicas entre as variáveis e pelas correlações entre as dimensões. Verificou-se também uma associação linear positiva entre todas as dimensões do ESRD e do SF, o que garante a validade de critério.

O estudo das características psicométricas do KDQOL-SF permite a utilização deste instrumento para a população portuguesa, quer na investigação científica quer na prática clínica.

Palavras-chave: qualidade de vida; doença renal crónica; tradução e adaptação cultural; questionário KDQOL-SF.

1. Introdução

É visível o crescente interesse da avaliação da qualidade de vida na insuficiência renal crónica terminal, com as práticas dialíticas a provocarem profundas

alterações nas actividades da vida diária dos indivíduos. A doença renal, para além das taxas de sobrevivência elevadas que possibilita, é considerada uma doença altamente intrusiva, pelas implicações e restrições que impõe à vida diária e pela incerteza do seu prognóstico (McGee e Bradley, 1994). A insuficiência renal leva à depressão, sendo as limitações progressivas de diferentes funções do organismo, a fadiga, a fraqueza muscular, a diminuição da capacidade de trabalho, as suas limitações financeiras e a redução da função sexual, entre outros, os principais factores responsáveis por esta depressão. Estes aspectos emocionais são potenciados pela grande instabilidade familiar, laboral e social em que o doente se encontra.

Geralmente, o stress do dia-a-dia é combatido por mecanismos de defesa ou de compensação, tais como alimentação, o exercício físico, a actividade sexual, e o consumo de álcool ou de tabaco. A maior parte destes mecanismos não são, no entanto, utilizados pelo insuficiente renal, atendendo às limitações impostas pela patologia e pela diálise. 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).

Ao nível da vida social, verifica-se uma alteração da rotina diária, assim como das responsabilidades familiares e profissionais, devida essencialmente ao facto do doente necessitar deslocar-se a um centro de diálise três dias por semana entre três a cinco horas por dia (hemodiálise) ou ter de passar quase metade dos seus dias a efectuar tratamentos no domicílio (diálise peritoneal). O tempo gasto nas sessões de diálise, consultas médicas e exames laboratoriais, associado ao tempo de hospitalização, vem dificultar a inserção laboral destes doentes. Podem constituir factores de ruptura no equilíbrio do indivíduo insuficiente renal crónico, a incerteza, a insegurança, a perda de autonomia, o sentimento de incapacidade e a alteração dos papéis até então desempenhados.

Relativamente à situação laboral, Levy (1996) afirma que dois terços dos doentes em diálise não voltam ao seu emprego, e que a capacidade dos indivíduos retomarem o seu emprego é determinada pela situação socioeconómica.

Muitos autores são da opinião de que o reconhecimento da importância da relação da qualidade de vida com outras variáveis de saúde contribui para uma melhor prestação de serviços ao utente, devendo

assim ser considerada na investigação, na prática clínica e na tomada de decisão política (Neves, 2000). O conceito de qualidade de vida abrange, de facto, uma vasta série de características físicas e psicológicas e a avaliação dos cuidados em saúde está cada vez mais dirigida para as medições específicas de qualidade de vida na doença, de acordo com o ponto de vista dos doentes (Bowling, 1995).

Em Portugal, alguns profissionais sentiam a necessidade de um instrumento de medição que avaliasse a qualidade de vida relacionada com a saúde em insuficientes renais crónicos em diálise, através de um instrumento de medida específico de percepção e que, simultaneamente, efectuasse uma avaliação geral da saúde. Daí a pertinência em procurar validar para a língua e cultura portuguesas o KDQOL-SF, *Kidney Disease Quality of Life* (Hays et al., 1997), um instrumento que nos pareceu o mais adequado do ponto de vista de construção, conteúdo e tempo de aplicação.

O objectivo deste artigo é descrever o processo de tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da versão 1.3 do KDQOL-SF.

2. Medição da qualidade de vida em insuficientes renais crónicos

Welch (1994) faz referência a seis medidas específicas para a avaliação da qualidade de vida na insuficiência renal crónica. A primeira é a HSS (*Haemodialysis Stressor Scale*) de Baldree, Murphy e Powers (1982), concebida para medir os agentes stressantes da doença renal crónica e para ser aplicada na exploração de estratégias psicológicas de adaptação usadas pelos doentes renais crónicos. Abrange 29 agentes stressantes relacionados com a doença renal crónica e é constituída por duas sub-escalas: uma fisiológica e outra psicossocial.

A segunda escala é a denominada IRS (*Intrusiveness Ratings Scale*) de Devins et al. (1983), constituída por 11 perguntas e desenvolvida para medir a extensão segundo a qual a doença renal crónica e o seu tratamento interferem nos vários contextos de vida do doente, identificados como importantes para perceber a qualidade de vida. Foi concebido, em parte, para explorar a relação entre o nível de incómodo causado pela doença renal crónica e o seu tratamento e as emoções experimentadas pelos doentes, tendo também sido aplicada em comparações sobre o relativo grau de intromissão da hemodiálise e transplante renal enquanto modalidade de tratamento da doença renal crónica. Os autores desta escala sugeriram cinco sub-escalas respeitantes ao bem-estar físico e dieta, ao trabalho e finanças, às

relações familiares, conjugais e sexuais, no divertimento e outros aspectos da vida, incluindo perguntas de auto-expressão, auto-melhoramento, expressão religiosa, e actividades cívicas e da comunidade.

A terceira escala é a DSS (*Dialysis Stress Scale*) de Burton *et al.* (1988), uma medida de 40 perguntas concebida para aferir a reacção do doente perante a doença renal crónica, o stress da diálise e a adaptação a estes. As perguntas da DSS reflectem os medos e as preocupações geralmente relacionados com a insuficiência renal crónica e mais especificamente com a dieta associada a diálise.

A quarta escala é a HQL (*Haemodialysis Quality of Life Scale*) de Churchill *et al.* (1991), uma medida de 61 perguntas sobre a doença e o seu tratamento, os sintomas, os estados de humor e o funcionamento familiar e social dos doentes renais crónicos. Fornece cinco sub-escalas, incluindo os sintomas da hemodiálise, os sintomas dos doentes renais crónicos, os estados de humor e a componente social e familiar/sexual.

A quinta escala é a QLI-H (*Quality of Life Index-Haemodialysis*) de Ferrans e Powers (1992), uma modificação da versão inicial de 64 perguntas sobre a qualidade de vida QLI-G (*Quality of Life Index-Generic*), que foi desenvolvida a partir de uma revisão da literatura e dos relatos dos doentes (Ferrans e

Powers (1985). Para o QLI-H, foram adicionadas três perguntas relacionadas com a hemodiálise para adaptar a medida às necessidades dos doentes com insuficiência renal.

A última escala específica para insuficientes renais crónicos em diálise referida por Welch, muito usada internacionalmente, é o 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. Apesar de se encontrar bastante difundido, por vários países, não existia ainda uma versão validada em Portugal. 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, conforme o apresentado no *Quadro 1*. 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 actividade profissional, na função cognitiva, na qualidade da interacção social, na função sexual e no sono. Engloba também três dimensões de

Quadro 1
Representação do número de questões por dimensão do KDQOL-SFTM13

ESRD	N.º de perguntas	Perguntas
Sintomas/problemas	12	14 a-k,l(m)*
Efeitos da doença renal na vida diária	8	15 a-h
Peso da doença renal	4	12 a-d
Actividade profissional	2	20,21
Função cognitiva	3	13 b,d,f
Qualidade da interacção social	3	13 a,c,e
Função sexual	2	16 a,b
Sono	4	17,18 a,c
Apoio social	2	19 a,b
Incentivamento do pessoal de diálise	2	24 a,b
Satisfação do doente	1	23
SF-36	N.º 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,e,g,i

* 14 l para hemodiálise e 14 m para diálise peritoneal.

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»).

Demora aproximadamente 16 minutos a ser preenchido. No total, são 80 itens que podem ser complementados com outros itens adicionais para obter toda a caracterização do doente.

3. Métodos

A elaboração de instrumentos originais de medição em saúde é um processo muito complexo e a sua construção implica elevados custos em recursos humanos e materiais, de tempo e um elevado grau de exigência de cuidados (Ferreira e Rosete, 1996; Ferreira e Santana, 2003). São várias as medidas existentes, válidas e disponíveis para avaliar o estado de saúde, com mais de 300 instrumentos, entre genéricos e específicos, já publicados (Eiser *et al.*, 1992). No entanto, para que se possa utilizar medidas desenvolvidas noutras culturas, é necessário ter determinados cuidados metodológicos de adaptação e validação intercultural. É necessário garantir que as traduções sejam equivalentes e conduzam a resultados com interpretações equivalentes, como, por exemplo, em termos de semântica e conteúdo (Ferreira e Rosete, 1996).

Por outro lado, para haver confiança absoluta na validação de um instrumento numa língua ou cultura diferentes das originais, é necessário a repetição do processo de validação, com uma rigorosa tradução, retroversão e pré-teste do instrumento. Há que ter em conta que, para além dos diferentes níveis de literacia, os significados de saúde e doença não têm um consenso universal.

A validação cultural de instrumentos de medição do estado de saúde pressupõe o estudo dos instrumentos

existentes, das suas características psicométricas, da sua importância na medição do fenómeno em causa, da obtenção de autorização para uso do instrumento e da equivalência entre os dois instrumentos, o original e a tradução (Ferreira e Rosete, 1996).

Como já foi referido, deste instrumento faz parte o questionário SF-36, que constitui um indicador genérico do estado de saúde. Este questionário encontra-se já validado para a população portuguesa (Ferreira, 2000a, 2000b; Ferreira e Santana, 2003), razão pela qual, neste artigo, não iremos tratar as questões de tradução, adaptação cultural e validação referentes ao SF-36.

A tradução e a adaptação cultural da parte ESRD do KDQOL-SF para a língua portuguesa, desenvolveu-se, então, em várias etapas como mostra, de forma resumida, a *Figura 1*.

Numa primeira etapa, foi solicitado a dois tradutores portugueses com elevada fluência na língua inglesa que, de uma forma independente, efectuassem as traduções de inglês para português do questionário.

Depois, numa segunda etapa, após efectuadas as duas traduções, realizou-se uma reunião com os tradutores para uma análise de equivalência de significados dos itens traduzidos do KDQOL-SF (equivalência semântica), comparando ambas as traduções efectuadas, de que resultou uma versão de consenso. Houve especial atenção para palavras ou termos com várias traduções possíveis em português ou vários significados em inglês e situações em que o equivalente semântico pudesse dificultar a interpretação na língua portuguesa.

Na terceira etapa, foi efectuada uma retroversão da versão de consenso, por um tradutor com o inglês como língua materna e com elevada fluência na língua portuguesa. Realizou-se então uma nova reunião em que a retroversão produzida foi comparada com a versão original, dando origem a uma nova versão intermédia.

Numa última etapa, foram criados dois painéis. Um primeiro com um especialista em nefrologia, ao qual foram explicitados os objectivos do estudo e a metodologia usada. A este especialista foi apresentada esta última versão intermédia e foi-lhe solicitada a elaboração de um relatório clínico de revisão do processo de tradução. Solicitou-se que prestasse especial atenção aos termos técnicos e semi-técnicos que pudessem estar incluídos no questionário.

O segundo painel foi constituído por cinco pessoas insuficientes renais crónicas em hemodiálise numa clínica de hemodiálise em Mirandela, a quem foi feito um teste de compreensão, com o intuito de verificar se todas as perguntas eram perceptíveis. Começou-se por apresentar o objectivo da investigação, a metodologia usada para a obtenção da versão

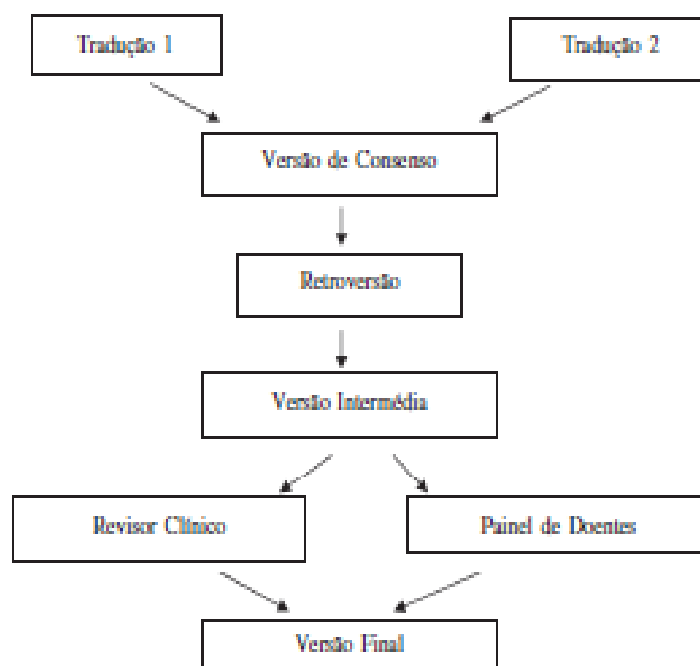
portuguesa e a importância do teste de compreensão. Foi distribuído o questionário por todos os elementos e foi solicitado o seu preenchimento, após o que foram discutidos o conceito e o significado de cada pergunta, a sua compreensão e a facilidade de responder. Este grupo foi formado por quatro pessoas do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos. Todos eram casados, apenas um se encontrava desempregado e todos faziam hemodíalise.

A fiabilidade, um dos principais critérios de avaliação da qualidade e da adequação de uma medida (Duarte *et al.*, 2003), diz respeito à estabilidade da informação, ou seja, até que ponto a informação é semelhante, quando as medições são efectuadas mais do que uma vez, ou por mais do que um avaliador. Para testar a fiabilidade foi tido em conta o conceito de estabilidade intertemporal (reprodutibilidade teste-reteste) e o conceito de coerência interna ou homogeneidade de conteúdo, este último testado através da determinação do α de Cronbach, usado para estimar

o grau de equivalência entre respostas para conjuntos de perguntas associadas ao mesmo conceito.

Foram feitas duas avaliações às mesmas pessoas, com intervalo de uma semana para testar a reprodutibilidade teste-reteste. O KDQOL-SF foi aplicado a 26 pessoas insuficientes renais crónicas que efectuavam hemodíalise numa clínica de reabilitação renal de Vila Real. Na selecção aleatória destes doentes foi apenas tido em conta terem mais de 18 anos. Foram excluídas situações de patologia mental, qualquer estado de inconsciência ou desorientação no tempo e no espaço e qualquer problema que impossibilitasse a comunicação ou o preenchimento do questionário. Mais uma vez foram explicados os objectivos do estudo, o processo de tradução, adaptação e validação do questionário e a necessidade do teste-reteste, assim como a necessidade de duas medições. A composição da amostra teve em conta as características sociodemográficas e clínicas deste tipo de doentes. A validade de um instrumento é definida como a propriedade de medir aquilo que se pretende medir

Figura 1
Processo de adaptação cultural da parte ESRD do KDQOL-SF



(Duarte *et al.*, 2003). Relativamente à validade, diferentes tipos de equivalências são recomendadas, para que um determinado instrumento de medição possa ser considerado interculturalmente válido.

Hays, Anderson e Revicki (1993) referem quatro tipos de equivalências: a equivalência de tradução da pergunta, a equivalência da pergunta, a equivalência da escala e a equivalência métrica da escala.

Por outro lado, segundo o *European Research Group on Health Outcomes* (ERGHO), existem cinco tipos de equivalências: a equivalência de conteúdo, a equivalência de semântica, a equivalência técnica, a equivalência de critério e a equivalência conceptual (Ferreira e Santana, 2003; Touw-Otten e Meadows, 1993). Normalmente utilizam-se três critérios: a validade de conteúdo, de construção e validade de critério.

A validade de conteúdo pode ser garantida através dos painéis utilizados, onde são analisados todos os componentes da escala, garantindo que todos os aspectos estão a ser medidos e que o conteúdo de cada variável corresponde à designação que se lhe atribuiu.

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.

Por fim, como não existe um padrão óptimo para verificar a validade de critério, este tipo de validade foi testado utilizando as correlações existentes entre as várias dimensões. As dimensões do SF-36 são aqui utilizadas como variável de critério da percepção do estado de saúde, uma vez que o SF-36 é um instrumento de medida já validado para a população portuguesa.

4. Resultados

Em relação à equivalência semântica e ao relatório clínico de revisto elaborado pelo especialista em nefrologia não foi sugerida qualquer alteração, pelo que se passou directamente para o teste de compreensão em que os doentes demoraram, em média, 27,6 minutos a preencher o questionário. De referir que este tempo corresponde ao preenchimento do questionário KDQOL-SF ao qual foram associadas questões de caracterização pessoal, que posteriormente foi aplicado na população do Nordeste Transmontano.

Como resultado deste teste de compreensão, podemos afirmar que o questionário foi bem aceite, considerado claro e de fácil compreensão em relação aos conceitos expostos e às instruções do próprio ques-

tionário, uma vez que as pessoas não referiram qualquer dificuldade na sua interpretação e preenchimento.

Da análise efectuada sobre o conteúdo do instrumento, surgiram algumas dúvidas de interpretação das perguntas relacionadas com os eventuais problemas com a fistula e com o cateter, uma vez que a primeira é para ser respondida apenas por doentes em hemodiálise e a segunda por doentes em diálise peritoneal. No entanto, existem muitos doentes que fazem hemodiálise, mas através de um cateter central, possuindo fistula e cateter.

Verificou-se também alguma dificuldade de compreensão na pergunta que questiona o incómodo ocorrido pela situação de se ter as mãos ou os pés dormentes. No entanto, a palavra «dormentes» suscitou dúvidas de compreensão em alguns doentes, tendo-se optado pela alternativa mais esclarecedora «mãos ou pés dormentes ou adormecidos».

Outro problema de compreensão verificou-se na pergunta relacionada com o stress causado pela doença renal, em que o termo *stress* levantou algumas dúvidas de compreensão, alterando-se a pergunta para «stress, tensão ou preocupação causadas pela doença renal».

Após ter obtido uma versão equivalente do KDQOL-SF para português, seguiu-se um conjunto de testes de fiabilidade e de validade. Para o teste-reteste com os 26 doentes, a nossa amostra foi maioritariamente feminina (61,5%), com uma média etária de 60,7 anos, uma mediana é 64,5 anos, um desvio padrão de 16,3 e com os valores a variarem entre os 23 e 84 anos. Relativamente ao estado civil, 69,2% dos utentes eram casados. No que concerne às habilitações literárias 76% possuíam até ao 1.º ciclo ou 4.ª classe, dos quais 38,5% não possuíam sequer o ensino básico. Cinco respondentes viviam sós e quatro deles auferiram menos que 250 euros por mês. Constatou-se que 80% dos nossos inquiridos se encontravam reformados ou aposentados. As profissões mais referenciadas foram a agricultura (23,1%) e a actividade doméstica (23,1%). Por fim, como já foi referido, todos os utentes faziam hemodiálise, quatro deles há menos de um ano, sete de um a três anos e os restantes onze de três a doze anos.

Os valores das correlações entre as duas avaliações foram altos e positivos, variando entre 0,712 para a função cognitiva e 0,979 para o apoio social, conforme está apresentado no *Quadro II*.

Os valores encontrados de correlação mostraram uma associação muito forte e positiva para a maioria das perguntas. Os valores de correlação mais baixos corresponderam às perguntas referentes à forma como o/a doente se deu bem com as outras pessoas e à forma como o pessoal da diálise o/a ajudou a lidar

com a sua doença renal, respectivamente, 0,624 e 0,749, embora todos os resultados tivessem sido estatisticamente significativos. A correlação entre as duas avaliações foi positiva e muito alta em metade das perguntas. Na outra metade encontramos uma correlação alta, à excepção das questões sobre o tempo passado pelo(a) doente a tratar da sua doença renal, se se deu bem com as outras pessoas e se se sentiu confuso(a), onde ela é moderada, com valores de 0,659; 0,624 e 0,463 respectivamente.

A coerência interna ou homogeneidade de conteúdo foi testada através do α de Cronbach. No *Quadro III* encontram-se apresentados os valores obtidos para cada uma das dimensões.

No nosso estudo a maioria das dimensões específicas do KDQOL-SF obtiveram coeficientes α de Cronbach superiores a 0,70, com excepção da actividade profissional (0,687), do peso da doença renal (0,645) e da qualidade da interacção social (0,359).

Quadro II
Correlações para comparação em amostras emparelhadas do ESRD

Pares	Dimensão (antes/depois)	N	Correlação	Sig.
1	Sintomas/problemas	26	0,965	< 0,001
2	Efeitos da doença renal	26	0,930	< 0,001
3	Peso da doença renal	26	0,961	< 0,001
4	Actividade profissional	26	0,962	< 0,001
5	Função cognitiva	26	0,712	< 0,001
6	Qualidade da interacção social	26	0,948	< 0,001
7	Função sexual	8	0,931	0,001
8	Sono	26	0,921	< 0,001
9	Apoio social	26	0,979	< 0,001
10	Incorajamento do pessoal de diálise	26	0,923	< 0,001
11	Satisfação do doente	26	0,900	< 0,001

Quadro III
Resultados do α de Cronbach na população em estudo ($n = 231$)

ESRD	α de Cronbach
Sintomas/problemas	0,796
Efeitos da doença renal na vida diária	0,724
Peso da doença renal	0,645
Actividade profissional	0,687
Função cognitiva	0,800
Qualidade da interacção social	0,359
Função sexual	0,981
Sono	0,745
Apoio social	0,917
Incorajamento do pessoal de diálise	0,790
Satisfação do doente	-

No *Quadro IV* poderemos observar as relações mais importantes que se obtiveram na comparação das várias dimensões e no teste da validade de construção. Verificamos que existe uma associação linear positiva entre todas as dimensões do ESRD e do SF-36. A grande maioria dos resultados apresenta significância estatística. No entanto, em termos de significância clínica, ela é moderada a fraca.

Apenas quatro dimensões de ESRD apresentam algumas relações não significativas com o SF-36. São elas a qualidade de interação social (funcionamento e desempenho físico), a função sexual (dor e saúde geral), o apoio social (dor), encorajamento do pessoal da diálise (saúde geral, função social e vitalidade) e a satisfação do doente que não apresenta nenhuma correlação estatisticamente significativa com o SF-36.

5. Conclusões

Concluímos as diversas etapas necessárias conducentes à tradução, à adaptação cultural e à validação do instrumento KDQOL-SF para Portugal. Foram modificadas ou complementadas expressões menos claras para os doentes, de acordo com o português comum, tendo em conta o nível de literacia.

O estudo das características psicométricas do KDQOL-SF permitiu concluir a validade e a fiabilidade do instrumento, podendo ser utilizado na investigação científica para a população portuguesa.

□ Referências bibliográficas

- BALDRICE, K. S.; MURPHY, S. P.; POWERS, M. J. — Stress identification and coping patterns in patients on haemodialysis. *Nursing Research* 31 : 2 (1982) 107-112.
- BOWLING, A. — *Measuring disease*. Buckingham : Open University Press, 1995.
- BURTON, H. J. *et al.* — The role of support in influencing outcome of end-stage renal disease. *General Hospital Psychiatry* 10 : 4 (1988) 260-266.
- CHURCHILL, D. N. *et al.* — A comparison of evaluative indices of quality of life and cognitive function in hemodialysis patients. *Controlled Clinical Trials* 12 : 4 Suppl. (1991) 159S-167S.
- DEVINS, G. M. *et al.* — The emotional impact of end-stage renal disease : importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 13 : 4 (1983) 327-343.
- DUARTE, P. S. *et al.* — Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crónicos (KDQOL-SF). *Revista da Associação Médica Brasileira* 49 : 4 (2003) 375-381.

Quadro IV
Correlações entre as dimensões do ESRD e do SF-36

SF-36/ESRD	Funcionamento físico	Desempenho físico	Dor	Saúde em geral	Função emocional	Desempenho emocional	Função social	Vitalidade
Sintomas/lista problemas	0,457**	0,429**	0,659**	0,475**	0,533**	0,450**	0,492**	0,610**
Efeito da doença renal	0,418**	0,462**	0,399**	0,376**	0,491**	0,498**	0,450**	0,461**
Peso da doença renal	0,492**	0,473**	0,387**	0,501**	0,577**	0,539**	0,434**	0,504**
Actividade profissional	0,396**	0,487**	0,223**	0,207**	0,303**	0,320**	0,487**	0,446**
Função cognitiva	0,305**	0,280**	0,202**	0,195**	0,328**	0,314**	0,183**	0,251**
Qualidade da interação social	0,155	0,099	0,228**	0,334**	0,409**	0,146*	0,166*	0,274**
Função sexual	0,366**	0,465**	0,201	0,208	0,343**	0,355**	0,553**	0,392**
Sono	0,253**	0,234**	0,401**	0,364**	0,355**	0,289**	0,230**	0,329**
Apoio social	0,151*	0,156*	0,124	0,323**	0,334**	0,230**	0,156*	0,271**
Encorajamento do pessoal da diálise	0,131*	0,137*	0,130*	0,075	0,180**	0,176**	0,090	0,108
Satisfação do doente	0,045	0,086	0,019	0,127	0,128	0,186	0,086	0,096

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

HISER, C. *et al.* — Quality of life in young adults with type 1 diabetes in relation to demographic and disease variables. *Diabetic Medicine*. 9 : 4 (1992) 375-378.

FERRANS, C.; POWERS, M. — Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health*. 15 : 1 (1992) 29-38.

FERRANS, C.; POWERS, M. — Quality of Life Index : development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*. 8 : 1 (1985) 15-24.

FERRIIRA, P. L. — Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 : Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. 13 : 1/2 (2000a) 55-66.

FERRIIRA, P. L. — Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 : Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 13 : 3 (2000b) 119-127.

FERRIIRA, P. L.; ROSHTU, M. L. — Metodologia para avaliação cultural de instrumentos de medição do estado de saúde. In VAZ, A. *et al.*, ed. II. — *As reformas dos sistemas de saúde*. Lisboa: APES, 1996. 255-265.

FERRIIRA, P. L.; SANTANA, P. — Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa : contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 : 2 (2003) 15-30.

HAYS, R. D. *et al.* — Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF) Version 1.3 : a manual for use and scoring. Santa Monica, CA : RAND, 1997.

HAYS, R. D.; ANDERSON, R.; REVICKI, D. — Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. *Quality of Life Research*. 2 : 6 (1993) 441-449.

LEVY, N. B. — Psicologia e reabilitação. In DAURGIDAS, J. T., INCI, T. S., ed. II. — *Manual de diálise*. 2ª edição. Trad. Sampaio F.C. Rio de Janeiro : MEDSI, 1996. 341-344.

MCCHEE, H. M.; BRADLEY, C. — Quality of life following renal failure : an introduction to the issues and challenges. In MCCHEE, H.; BRADLEY, C., ed. II. — *Quality of life following renal failure*. New York : Harwood Academic Publishers, 1994.

NEVES, C. F. S. — Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus. Coimbra : Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2000. Dissertação.

TOUW-OTTEN, F.; MEADOWS, K. — Cross-cultural issues in outcome measurement. In HUTCHINSON, A. *et al.*, ed. III. — *Health outcome measures in primary care and out-patient care*. Amsterdam : Harwood Academic, 1996. 199-208.

WAUTERS, J. P. — Folia psicografica : a psicologia do doente em diálise crónica. Lisboa : Roche Farmacêutica Química Lda, 1980. 13.

WELCH, G. — Assessment of quality of life following renal failure. In MCCHEE, H.; BRADLEY, C., ed. II. — *Quality of life following renal failure : psychosocial challenges accompanying high technology medicine*. New York : Harwood Academic Publishers, 1994. 55-97.

□ Abstract

MEASURING QUALITY OF LIFE FOR CHRONIC RENAL PATIENTS: DEVELOPMENT OF THE PORTUGUESE VERSION OF KDQOL-SF

This paper aims at presenting the results from the translation, cultural adaptation and validation processes of the instrument KDQOL-SF version 1.3 designed to measure the quality of life of chronic renal patients. This questionnaire is formed by questions aggregated into eleven specific ESRD dimensions for renal patients in end-of-life phase, and eight health status generic SF dimensions.

The questionnaire was translated by two independent translators from English into Portuguese. Then, an intermediate meeting produced a consensus translation from which a back-translation was performed. In another meeting, this back-translated version was compared to the original version, and an intermediate version was finished. Next, two panels were formed, one composed by a physician and the other by five renal patients under haemodialysis who accepted to be part of a cognitive debriefing. The questionnaire was well accepted and was considered clear and easily understood by the patients.

To test the reliability of the Portuguese version of the KDQOL-SF, we applied both concepts of intertemporal stability and internal consistency. In a 26 renal patients sample under dialytic treatment, the correlation scores between two consecutive measurements were high and positive, ranging from 0.71 for cognitive function to 0.98 for social support. Internal consistency or content homogeneity was tested by Chronbach's α with results higher than 0.70, except professional activity (0.69), burden of renal disease (0.65) and quality of social interaction (0.36).

Content validity was guaranteed by the results obtained on both panels and the construct validity was tested by the logical relations between variables and by the correlations between dimensions. We also evidenced a linear positive association among all ESRD dimensions and SF dimensions, which assures us the criterion validity.

The study of the psychometric characteristics of the KDQOL-SF allows its use with the Portuguese population on both scientific research setting and clinical practice.

Keywords: quality of life; chronic renal failure; translation and cultural adaptation; KDQOL-SF questionnaire.

ANEXO C
Pedido de autorização e respectiva autorização para o uso da escala
KDQOLSF™ 1.3

Hotmail - sonia-cunha@live.com.pt - Windows Live - Windows Internet Explorer

http://sn124w.snt124.mail.live.com/default.aspx?wa=wsignin1.0

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Google Pesquisar Partilhar Sidewiki

Favoritos Hotmail - sonia-cunha... Google

Este Web site requer a execução do seguinte suplemento: 'Adobe Flash Player' de 'Adobe Systems Incorporated'. Se confiar no Web site e no suplemento e executado, clique aqui...

Windows Live Hotmail (0) Messenger Office Fotografias MSN

Hotmail

Novo | Responder Responder a todos Reencaminhar | Eliminar Correio electrónico não solicitado Varrer | Marcar

A Receber

Mover para |

pedido de utilização de instrumento de medida KDQOL Voltar a mensagens |

sonia cunha 27-12-2010
Para pedrof@fe.uc.pt Responder

Boa tarde, SR. Professor Doutor Pedro L. Ferreira

Sou aluna do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola superior de saúde de Viseu. Chamo-me Sónia Filipa Cunha e encontro-me a realizar um projecto de investigação intitulado "Qualidade de Vida do doente em diálise", sob orientação do Professor António Madureira Dias. Necessito de utilizar o instrumento de medição KDQOL-SF (version 1.3), no meu questionário. Nesse sentido venho solicitar a autorização por parte do Sr. Professor Doutor da referida escala. Grata pela atenção e disponibilidade
Sónia Cunha

Novo | Responder Responder a todos Reencaminhar | Eliminar Correio electrónico não solicitado Varrer |

Marcar como | Mover para |

Home Page
Contactos
Calendário

Concluído Internet | Modo Protegido: Activado

trabalho_final - M... Vodafone Mobile... Reproduzir autom... Hotmail - sonia-c... PT



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, 29 de Dezembro de 2011

Ex.ma Senhora Enf^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

Hotmail - sonia-cunha@live.com.pt - Windows Live - Mozilla Firefox

Eicheiro Editar Ver Histórico Marcadores Ferramentas Ajuda

Hotmail - sonia-cunha@live.com.pt - Windo... +

http://sn124w.snt124.mail.live.com/default.aspx?ru=inbox&wa=wsigin1.0#/mail/InboxLight.aspx?fid=1&fav=1&n=1982

Windows Live™ Hotmail (35) Messenger SkyDrive | MSN **sonia cunha**
perfil | terminar sessão

Hotmail Novo | Responder Responder a todos Reencaminhar | Eliminar Correio electrónico não solicitado Varrer • Opções •



A Receber (35) Marcar como • Mover para •

Pastas
 Spam (2)
 Rascunhos (12)
 Enviado
 Eliminado
 Nova pasta
 Vistas rápidas
 Messenger
 Iniciar sessão no Messeng
 Home Page
 Contactos
 Calendário

RE: pedido de autorização para o uso da escala KDQOL-SF Voltar a mensagens |

pedro escala do trabalho Para 'sonia cunha' 15-01-2011 Responder

2 anexos (total 125,5 KB) Vista Activa do Hotmail

 Autorizaç...doc Ver online Transferir (39,0 KB)
  KDQOL v1...pdf Transferir (82,2 KB)

Transferir tudo como zip

Cumprimentos.


Pedro L Ferreira


Pedro Lopes Ferreira Av. Dias da Silva, 165
 Prof. Associado com Agregação 3004-512 Coimbra - Portugal
 pedrof@fuc.pt TEL: 351 220 700 552 / 507

Subsídio de Natal

Concordas com os cortes?

Sim
 Não
 Ns/Nr





Iniciar 2 Explorador ... RELATORIO FI... _Autorização [... 3 Adobe Rea... Vodafone Mobil... Hotmail - sonia-... PT 14:22

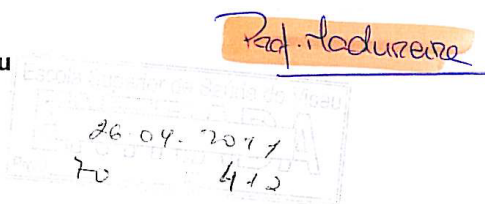
ANEXO D
Autorização dos hospitais, onde foram aplicados os questionários

HOSPITAL DE SÃO TEOTÓNIO, E.P.E. – Viseu

Ministério da Saúde



Direcção de Enfermagem



*Colar ao Prof. Doutorados
de estudo*
26/9/2011
[Signature]

004805 11 APR 18

Exmo Senhor:
Prof. Doutor João Carvalho Duarte
Presidente do Conselho Directivo
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, 102
3500-843 Viseu

Secção:	Vossa referência	Nossa Referência	Data
	222 / 70		18-04-2011

Assunto: Pedido de Autorização para efectuar colheita de dados.

Conforme solicitado, informamos V^a Ex^a que, depois de auscultados os responsáveis do serviço de Hemodiálise, se autoriza a recolha de dados para um estudo subordinado ao tema "Qualidade de Vida do doente Insuficiente Renal Crónico em Diálise".

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director

(José Luis Gomes, Dr.)

ED/AB

Av. Rei D. Duarte, 3504 – 509 VISEU
Sec. Administração: Telef. 232 420506
Fax 232 420595
E-mail: sec.enfdirector@hstviseu.min-saude.pt



28-FEV-2011 17:03 DE :BEIRODIAL

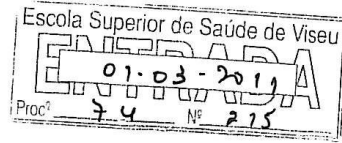
232611172

PARA: 232428343

P.1/1



Prof. Adurães



09
AO coordenador do trabalho
de investigadores 2/3/11
[Signature]

Exmo. Sr. Presidente da ESSV
 Prof. Doutor João Carvalho Duarte
 Fax – 232 428 343

Mangualde, 28 de Fevereiro de 2011.

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Exmo. Sr., as nossas cordiais saudações.

Após consulta à Dra. Ana Galvão, Directora Clínica da Beirodial, e tendo em conta a sua resposta positiva, venho por este meio comunicar a V.ª Exa. a autorização para serem efectuadas as colheitas de dados solicitadas pelos vossos ofícios 216 e 219 de 23/02/2011, respectivamente aos cuidadores informais e doentes em tratamento substitutivo da função renal.

De acordo com a resposta da Dra. Ana Galvão, o consentimento prévio dos entrevistados deverá ser sempre assegurado através da declaração de consentimento anexada em cada um dos ofícios.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me cordialmente;

(Carlos Cruz, Enf.º Coordenador)

BEIRODIAL
 Centro Médico e Diálise de Mangualde, Lda.
 Cont. nº 501 343 229
 Tel: 232 612 732 / Fax: 232 611 172
 Rua Santo António, nº 1, 3, 5 e 7
 3530-234 MANGUALDE

R. de Santo António, n.º 1,3,5,7, 3530-234 Mangualde
 Tel 232 612 732 - Fax 232 611 172 / NIF - 501 343 229
 Direcção Clínica – Dra. Ana Galvão

ANEXO E

Pedido de consentimento aos indivíduos que constituem a amostra, antes de responder ao questionário



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Orientador: António Madureira Dias

Investigadores: Sónia Filipa F Cunha

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Assinatura do Participante _____ BI nº _____ / ____ / ____



QUESTIONÁRIO

Os estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver um trabalho sobre Qualidade de Vida do doente em Diálise. Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

APENDICES

APENDICE I
Estatísticas relativas às variáveis sociodemográficas

APENDICE I – Estatísticas relativas às variáveis sociodemográficas

Quadro 1 – Estatísticas relativas variáveis sociodemográficas

Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade

Quadro 1 – Estatísticas relativas às variáveis sociodemográficas.

	Masculino N = 53		Feminino N = 44		Total N = 97	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
Média		59.45		57.25		58.45
Desvio padrão		15.88		17.45		16.56
Classes das Idades						
<30	1	1.90	4	9.10	5	5.20
31-45	12	22.60	7	15.90	19	19.60
46-60	15	28.30	13	29.50	28	28.90
>60	25	47.20	20	45.50	45	46.40
Estado Civil						
Solteiro	6	11.30	6	13.60	12	12.40
Casado/ União de Facto	43	81.10	32	65.90	72	74.20
Divorciado	2	3.80	2	4.50	4	4.10
Viúvo	2	3.80	7	15.90	9	9.30
Residência						
Aldeia	25	47.20	23	52.30	48	49.50
Vila	14	26.40	12	27.30	26	26.80
Cidade	14	26.40	9	20.50	23	23.70
Habilitações Literárias						
Analfabeto	1	1.90	3	6.8	4	4.1
E. primário	19	35.80	21	47.70	40	41.20
E. básico	15	28.30	10	22.70	25	25.80
E. secundário	13	24.50	6	13.60	19	19.60
E. superior	5	9.40	4	9.10	9	9.30
Rendimento mensal						
<485€	30	56.60	30	68.20	60	61.90
485€-970€	14	26.40	3	6.80	17	17.50
970€-1455€	4	7.50	6	13.60	10	10.30
1455€-1940€	3	5.70	2	4.50	5	5.20
>1940€	2	3.80	3	6.80	5	5.20
Situação Profissional Antes						
Emp TI	23	43.40	8	18.20	31	32.00
Emp TP	2	3.80	4	9.10	6	6.20
Desempregado	0	00.00	6	13.60	6	6.20
Reformado	27	50.90	25	56.80	52	53.60
Estudante	1	1.90	1	2.30	2	2.10
Situação profissional depois						
Emp TI	7	13.20	7	15.90	14	14.40
Emp TP	0	0.00	2	4.50	2	2.10
Desempregado	2	3.80	5	11.40	7	7.20
Baixa Médica	5	9.40	0	0.00	5	5.20
Reformado	38	71.70	30	68.20	68	70.10
Estudante	1	1.90	0	0.00	1	1.00

Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade.

	N	Min	Max	Média	Dp	Cv (%)	Sw/Std Error	Kw/Std Error	t	p
Masculino	53	24	84	59.45	15.88	26.71	0.29	1.94	0.650	0.517
Feminino	44	19	89	57.25	17.45	30.48	-0.67	-0.96		
Valor Global	97	19	89	58.45	16.56	28.33	-0.76	-1.85		

APENDICE II

Teste Kolmogorov–Smirno relativo à variável Qualidade de Vida

Tabela 1 – Teste Kolmogorov–Smirno relativo à variável Qualidade de Vida.

	Kolmogorov–Smirnov	P
Sintomas	0.263	0.000
Efeitos da doença renal na vida diária	0.108	0.007
Peso da doença renal	0.092	0.042
Actividade profissional	0.346	0.000
Função Cognitiva	0.161	0.000
Qualidade da interacção social	0.123	0.001
Função Sexual	0.383	0.000
Sono	0.138	0.000
Apoio social	0.240	0.000
Encorajamento do pessoal da diálise	0.403	0.000
Satisfação do doente	0.187	0.000
Função física	0.134	0.000
Desempenho físico	0.186	0.000
Dor	0.243	0.000
Saúde em geral	0.095	0.031
Função emocional	0.079	0.159
Desempenho Emocional	0.236	0.000
Função social	0.261	0.000
Vitalidade	0.074	0.200*

* - $p < 0.05$

APENDICE III

Estatísticas relativas às variáveis sociofamiliares

APENDICE III – Estatísticas relativas às variáveis sociofamiliares

Quadro 1 – Estatísticas relativas às variáveis sociofamiliares

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao Apgar Familiar

Quadro 1 – Estatísticas relativas às variáveis sociofamiliares

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Com quem vive						
Cônjuge/ Família Restrita	44	83.00	36	81.80	80	82.40
Família Alargada	4	7.50	4	9.10	8	8.20
Sozinho	3	5.70	3	6.80	6	6.20
Num lar	2	3.80	1	2.30	3	3.10
Tipo Apoio						
Nenhum	33	62.30	27	61.40	60	61.90
Familiar	18	90.00	13	76.50	31	83.80
Amigos	0	0.00	2	11.80	2	5.40
Centro de dia	1	5.00	1	5.90	2	5.40
Segurança social	1	5.00	1	5.90	2	5.40
Apgar Familiar						
Disfunção Acentuada	4	7.50	2	4.50	6	6.20
Moderada disfunção	8	15.10	6	13.60	14	14.40
Altamente Funcional	41	77.40	36	81.80	77	79.40
Média		8.26		8.61		8.42
Desvio Padrão		2.80		2.23		2.60

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao Apgar Familiar.

	N	Média	Dp	Cv (%)	Sw/ Std Error	Kw/Std Error	t	p
Masculino	53	8.26	2.80	33.89	0.290	1.935		
Feminino	44	8.61	2.23	25.90	-0.672	-0.960	-0.670	0.504
Valor Global	97	8.42	2.60	30.20	-7.36	5.52		

APENDICE IV**Estatísticas relativas às variáveis clínicas**

APENDICE IV – Estatísticas relativas às variáveis clínicas

Quadro 1 – Estatísticas relativas às variáveis clínicas

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao Tempo de diálise

Quadro 3 – Estatísticas relativas às variáveis clínicas (Hemodiálise)

Quadro 4 – Estatísticas relativas às variáveis clínicas (Diálise Peritoneal)

Quadro 1 – Estatísticas relativas as variáveis clínicas.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tipo tratamento						
Hemodiálise	33	62.30	23	52.30	56	57.70
Diálise peritoneal	20	37.70	21	47.70	41	42.30
Tipo de admissão						
Consulta externa	35	66.00	32	72.70	67	69.10
Urgência	18	34.00	12	27.30	30	30.90
Escolha do método de tratamento						
Médico decidiu	26	49.10	22	50.00	48	49.50
Decidi informado pelo médico	10	18.90	6	13.60	16	16.50
Decidi após consulta enfermagem	17	32.10	16	36.40	33	34.00
Com doenças associadas						
Não	21	39.60	16	36.40	37	38.10
Sim	32	60.40	28	63.60	60	61.90
HTA	16	16.49	16	16.49	32	32.99
Anemia	3	3.09	9	9.27	12	12.37
Diabetes	8	8.25	4	4.1	12	12.37
Outras	8	8.25	6	6.19	14	14.43
Tempo de diálise em anos						
Mínimo		0.17		0.08		0.08
Máximo		9.83		13.17		13.17
Média		2.40		2.88		2.62
Dp		1.99		2.87		2.43
Acesso para Hemodiálise						
Fistula artério-venosa (FAV)	25	75.80	14	60.90	39	69.60
Prótese vascular	1	3.00	1	4.30	2	3.60
Cateter venoso central (CVC)	7	21.20	8	34.80	15	26.80
Problemas com acesso de hemodiálise						
Não	20	60.60	15	65.20	35	62.50
Sim	13	39.40	8	34.80	21	37.50
Quantas vezes						
Mínimo		1		1		1
Máximo		4		5		5
Média		2.08		2.88		2.38

Dp	1.04		1.64		1.32	
Frequência da Hemodiálise						
Mínimo	3		2		2	
Máximo	4		3		4	
Média	3.12		2.96		3.05	
Dp	0.33		0.21		0.30	
Duração da sessão Hemodiálise						
Mínimo	3		2		2	
Máximo	4		4		4	
Média	3.94		3.83		3.89	
Dp	0.24		0.58		0.41	
Problemas orifício ou peritonite						
Não	12	60.00	9	42.90	21	51.20
Sim	8	40.00	12	57.10	20	48.80
Quantas vezes						
Mínimo	1		1		1	
Máximo	10		4		10	
Média	3.13		1.64		2.26	
Dp	2.95		0.92		2.10	
Modalidade						
Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória	12	60.00	17	81.00	29	70.70
Diálise Peritoneal Automática	8	40.00	4	19.00	12	29.30
Número de tratamentos/dia						
Mínimo	2		3		2	
Máximo	4		4		4	
Média	3.42		3.41		3.41	
Dp	0.67		0.51		0.57	

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao Tempo de diálise.

	N	Min	Máx	Média	Dp	Cv (%)	Sw/ Std Er- ror	Kw/Std Er- ror	t	P
Masculino	53	0.17	9.83	2.40	1.99	82.92	4.59	4.50	-0.950	0.345
Feminino	44	0.08	13.17	2.88	2.87	99.92	5.12	5.07		
Valor Glo- bal	97	0.08	13.17	2.62	2.43	92.81	7.56	8.90		

Quadro 3 – Estatísticas relativas às variáveis clínicas (Hemodiálise).

		N	Min	Máx	Média	Dp	Cv (%)	Sw/Std Error	Kw/Std Error	t	P	
Nº de vezes que recorreu ao hospital	Masculino	13	1	4	2.08	1.04	50.00	0.57	-0.97	-	1.232	0.245
	Feminino	8	1	5	2.88	1.64	56.94	-0.34	-1.33			
	Valor Global	21	1	5	2.38	1.32	55.46	0.71	-1.23			
Frequência das sessões de hemodiálise	Masculino	33	3	4	3.12	0.33	10.60	5.95	5.23	2.280	0.027	
	Feminino	23	2	3	2.96	0.21	7.06	-9.81	24.60			
	Valor Global	56	2	4	3.05	0.30	9.74	5.01	13.48			
Duração das sessões de hemodiálise	Masculino	33	3	4	3.94	0.24	6.09	-9.44	17.21	0.890	0.381	
	Feminino	23	2	4	3.83	0.58	15.04	-6.53	9.20			
	Valor Global	56	2	4	3.89	0.41	10.59	-12.57	23.88			

Quadro 4 – Estatísticas relativas às variáveis clínicas (Diálise Peritoneal).

		N	Min	Máx	Média	Dp	Cv (%)	Sw/Std Error	Kw/Std Error	t	P
Nº de vezes que recorreu ao hospital	Masculino	8	1	10	3.13	2.95	94.21	2.98	3.67	1.585	0.131
	Feminino	11	1	4	1.64	0.92	26.34	2.79	3.08		
	Valor Global	19	1	10	2.26	2.10	93.10	5.82	10.62		
Modalidade Dp	Masculino	20			1.40	0.50	35.71	0.86	-2.03	1.469	0.150
	Feminino	21			1.19	0.40	33.78	3.39	1.00		
	Valor Global	41			1.29	0.46	35.74	2.56	-1.61		
Nº tratamentos/dia na DPCA	Masculino	12	2	4	3.42	0.67	19.56	-1.15	-0.15	0.022	0.982
	Feminino	17	3	4	3.41	0.51	14.87	0.71	-1.98		
	Valor Global	29	2	4	3.41	0.57	16.65	-0.61	-0.96		

APENDICE V
Estatísticas relativas à Qualidade de Vida

APENDICE V – Estatísticas relativas à Qualidade de Vida

Quadro 1 - Estatísticas relativas à Qualidade de Vida.

	N	Min	Max	Média	Dp	Cv (%)	Sw/Std Error	Kw/Std Error
Sintomas/problemas hemo-dialíse	56	12	56	23.88	8.84	37.02	3.69	3.01
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal	41	12	36	20.34	6.28	30.85	2.58	0.63
Efeitos da doença vida diária	97	8	33	16.35	5.91	36.13	2.64	-0.21
Peso da doença renal	97	4	20	10.80	4.17	38.57	0.70	-1.57
Actividade profissional	97	2	4	3.44	0.69	20.09	-3.48	-0.98
Função cognitiva	97	3	15	5.98	2.62	43.85	2.31	-0.06
Qualidade da interacção social	97	3	11	6.03	2.03	33.63	0.54	-1.86
Função sexual	97	2	7	2.97	1.65	55.51	3.40	0.40
Sono	97	42	25	13.09	5.09	38.88	0.04	-1.32
Apoio social	97	2	8	6.67	1.61	24.07	-5.22	2.21
Encorajamento do pessoal da diálise	97	2	6	2.62	1.06	40.47	6.71	3.80
Satisfação do doente	97	3	7	5.61	1.20	21.31	-1.30	-2.17
Função física	97	10	30	22.31	6.62	29.67	-1.91	-2.34
Desempenho físico	97	4	20	14.21	5.58	39.26	-1.80	-2.59
Dor	97	2	11	4.56	2.67	58.66	2.25	-2.09
Saúde em geral	97	6	25	17.22	3.76	21.85	-2.05	0.44
Função emocional	97	8	25	17.98	4.44	24.72	-0.61	-1.62
Desempenho emocional	97	3	15	11.07	4.05	36.55	-2.28	-1.96
Função social	97	3	10	7.88	2.15	27.32	-1.82	-2.32
Vitalidade	97	4	20	11.93	4.06	34.04	0.09	-1.15

APENDICE VI
Análise inferencial

APENDICE VI – Análise inferencial

Quadro 1 – Teste t para diferenças de médias entre o sexo e a Qualidade da vida

Quadro 2 – Teste de Mann Whitney entre o estado marital e a Qualidade da vida

Quadro 3 – Teste de Kruskal-Wallis entre a Residência e a Qualidade da vida

Quadro 4 – Teste de Kruskal-Wallis entre as Habilitações Literárias e a Qualidade da vida

Quadro 5 – Teste de Kruskal-Wallis entre o Rendimento mensal e a Qualidade da vida

Quadro 6 – Teste de Kruskal-Wallis entre a Escolha do tratamento e a Qualidade da vida

Quadro 7 – Teste de Mann Whitney entre a Admissão e a Qualidade da vida

Quadro 8 – Teste t para diferenças de médias entre o Tipo de tratamento e a Qualidade da vida

Quadro.9.- Correlação de *Pearson* entre “sintomas” e variáveis independentes

Quadro.10.- Correlação de *Pearson* entre “Efeito da doença renal na vida diária” e variáveis independentes

Quadro 11 - Regressão múltipla entre “Efeito da doença renal na vida diária” e as variáveis independentes

Quadro.12- Correlação de *Pearson* entre “Peso da doença renal” e variáveis independentes

Quadro.13- Correlação de *Pearson* entre “atividade profissional” e variáveis independentes

Quadro.14 - Regressão múltipla entre “Actividade Profissional” e as variáveis independentes

Quadro.15.- Correlação de *Pearson* entre “função cognitiva” e variáveis independentes

Quadro 16.- Regressão múltipla entre “Função Cognitiva” e as variáveis independentes

Quadro.17.- Correlação de *Pearson* entre “Qualidade da interação social” e variáveis independentes

Quadro.18.- Regressão múltipla entre “Qualidade da interação social” e as variáveis independentes

Quadro.19.- Correlação de *Pearson* entre “função sexual” e variáveis independentes

Quadro.20.- Regressão múltipla entre “função sexual” e as variáveis independentes

Quadro.21.- Correlação de *Pearson* entre “sono” e variáveis independentes

Quadro.22.- Correlação de *Pearson* entre “apoio social” e variáveis independentes

Quadro.23.- Regressão múltipla entre “*apoio social*” e as variáveis independentes

Quadro.24.- Correlação de *Pearson* entre “Encorajamento da equipa da diálise” e variáveis independentes

Quadro.25 - Correlação de *Pearson* entre “*satisfação do doente*” e variáveis independentes

Quadro.26.- Correlação de *Pearson* entre “*função física*” e variáveis independentes

Quadro.27.- Regressão múltipla entre “*função física*” e as variáveis independentes

Quadro.28.- Correlação de *Pearson* entre “*desempenho físico*” e variáveis independentes

Quadro.29.- Correlação de *Pearson* entre “*dor*” e variáveis independentes

Quadro.30 - Regressão múltipla entre “*dor*” e as variáveis independentes

Quadro.31.- Correlação de *Pearson* entre “saúde em geral” e variáveis independentes

Quadro.32 - Correlação de *Pearson* entre “*função emocional*” e variáveis independentes

Quadro.33.- Correlação de *Pearson* entre “*desempenho emocional*” e variáveis independentes

Quadro.34.- Regressão múltipla entre “*desempenho emocional*” e as variáveis independentes

Quadro.35.- Correlação de *Pearson* entre “*função social*” e variáveis independentes

Quadro 36.- Regressão múltipla entre “*função social*” e as variáveis independentes

Quadro 37.- Correlação de *Pearson* entre “*vitalidade*” e variáveis independentes

Quadro 1 – Resultados do Teste t para diferenças de médias entre o sexo e a Qualidade da vida.

	Masculino (n = 53)		Feminino (n = 44)		t	Sig.
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp		
Sintomas/problemas Hemodiálise ¹	21.939	7.150	26.652	10.355	-1.891	0.067
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal ²	19.700	7.328	20.952	5.191	-0.629	0.534
Efeitos da doença renal na vida diária	16.169	6.474	16.568	5.209	-0.329	0.743
Peso da doença renal	10.698	4.149	10.931	4.233	-0.274	0.785
Actividade profissional	3.2830	0.717	3.636	0.613	-2.577	0.012*
Função cognitiva	5.811	2.815	6.182	2.384	-0.691	0.491
Qualidade da interação social	6.056	6.000	2.042	2.034	0.136	0.892
Função sexual	1.018	1.726	1.000	1.698	0.054	0.957
Sono	12.81	4.694	13.431	5.567	-0.596	0.553
Apoio social	6.566	1.704	6.795	1.487	-0.699	0.486
Encorajamento do pessoal da diálise	2.735	1.211	2.500	0.849	1.088	0.279
Satisfação do doente	5.528	1.202	5.704	1.192	-0.721	0.473
Função física	21.33	6.849	23.477	6.203	-1.596	0.114
Desempenho físico	13.584	5.661	14.954	5.442	-1.207	0.230
Dor	4.320	2.517	4.840	2.852	-0.954	0.343
Saúde em geral	17.358	3.679	17.045	3.893	0.406	0.685
Função emocional	18.603	4.634	17.227	4.130	1.529	0.130
Desempenho Emocional	10.547	4.107	11.704	3.927	-1.409	0.162
Função social	7.735	2.237	8.045	2.056	-0.704	0.483
Vitalidade	12.452	3.840	11.295	4.267	1.405	0.163

Legenda:

¹ masculino= 33 feminino= 23² masculino= 20 feminino=21

* - p < 0.05

Quadro 2 – Resultados do *Teste de U Mann Whitney* entre o estado marital e a Qualidade da vida.

Estado Marital	s/companheiro (n = 53)		c/companheiro (n = 44)		U	Sig.
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
Sintomas/problemas Hemodiálise ¹	31,94	511,00	27,13	1085,00	265,000	0,318
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal ²	31,11	280,00	18,16	581,00	53,000	0,004*
Efeitos da doença renal na vida diária	56,54	1413,50	46,38	3339,50	711,500	0,119
Peso da doença renal	41,24	1031,00	51,69	3722,00	706,000	0,108
Actividade profissional	53,30	1332,50	47,51	3420,50	792,500	0,319
Função cognitiva	54,16	1354,00	47,21	3399,00	771,000	0,279
Qualidade da interacção social	51,74	1293,50	48,05	3459,50	831,500	0,568
Função sexual	40,18	1004,50	52,06	3748,50	679,500	0,030*
Sono	53,44	1336,00	47,46	3417,00	789,000	0,358
Apoio social	36,36	909,00	53,39	3844,00	584,000	0,006*
Encorajamento do pessoal da diálise	56,02	1400,50	46,56	3352,50	724,500	0,079
Satisfação do doente	40,52	1013,00	51,94	3740,00	688,000	0,071
Função física	56,82	1420,50	46,28	3332,50	704,500	0,105
Desempenho físico	42,70	1067,50	51,19	3685,50	742,500	0,187
Dor	61,86	1546,50	44,53	3206,50	578,500	0,006*
Saúde em geral	57,12	1428,00	46,18	3325,00	697,000	0,093
Função emocional	39,30	982,50	52,37	3770,50	657,500	0,045*
Desempenho emocional	43,52	1088,00	50,90	3665,00	763,000	0,242
Função social	51,44	1286,00	48,15	3467,00	839,000	0,599
Vitalidade	37,68	942,00	52,93	3811,00	617,000	0,019*

Legenda:

¹ s/companheiro= 16 c/companheiro=40² s/companheiro= 9 c/companheiro=32

U - Mann Whitney

* - p < 0.05

Quadro 3 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre a Residência e a Qualidade da vida.

Residência	Aldeia (n =48)	Vila (n =26)	Cidade (n =23)	X ²	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Sintomas/problemas Hemodiálise ¹	29.65	26.07	26.80	0.550	0.760
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal ²	24.14	18.04	21.06	1.499	0.473
Efeitos da doença renal na vida diária	5.27	5.19	45.00	0.612	0.736
Peso da doença renal	45.58	51.13	53.72	1.513	0.469
Actividade profissional	5.34	52.31	42.46	2.166	0.339
Função cognitiva	5.36	48.42	46.80	0.273	0.872
Qualidade da interacção social	5.11	52.44	42.78	1.620	0.445
Função sexual	42.60	53.29	57.50	7.407	0.025*
Sono	5.77	49.27	45.00	0.663	0.718
Apoio social	49.34	39.38	59.15	6.721	0.035*
Encorajamento do pessoal da diálise	55.93	47.52	36.22	11.340	0.003*
Satisfação do doente	48.55	44.27	55.28	2.019	0.364
Função física	54.04	48.12	39.48	4.232	0.121
Desempenho físico	51.31	4.38	53.91	3.565	0.168
Dor	5.64	45.23	49.85	0.701	0.704
Saúde em geral	5.83	51.63	42.20	1.790	0.409
Função emocional	44.57	52.50	54.28	2.414	0.299
Desempenho emocional	47.26	44.35	57.89	3.423	0.181
Função social	48.23	47.90	51.85	0.340	0.844
Vitalidade	46.17	49.73	54.09	1.264	0.532

Legenda:

¹ Aldeia n=37; vila n= 14; cidade n=5

² Aldeia n=11; vila n= 12; cidade n=18

X² - Kruskal Wallis

* - p < 0.05

Quadro 4 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre Habilitações Literárias e Qualidade da vida.

Habilitações Literárias	Não sabe ler/ escrever (n=4)	Ensino Primário (n=40)	Ensino básico (n = 25)	Ensino secundário (n = 19)	Ensino superior (n = 9)	X ²	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Sintomas/problemas Hemodiálise ¹	30.50	29.60	27.25	21.30	30.75	1.325	0.857
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal ²	0	22.56	20.04	23.89	12.60	3.541	0.315
Efeitos da doença renal na vida diária	64.38	53.10	38.72	51.79	46.61	5.656	0.226
Peso da doença renal	44.00	40.89	52.00	56.68	62.72	7.338	0.119
Actividade profissional	49.00	57.06	51.58	33.16	39.44	13.350	0.010
Função cognitiva	57.25	54.16	48.54	38.03	46.83	4.801	0.308
Qualidade da interacção social	45.88	52.10	47.48	47.37	44.28	0.944	0.918
Função sexual	32.50	42.55	48.72	67.37	47.00	16.609	0.002
Sono	66.13	50.94	49.90	45.74	37.17	3.572	0.467
Apoio social	18.50	50.24	52.36	49.18	47.33	5.751	0.219
Encorajamento do pessoal da diálise	78.00	50.94	49.24	36.79	52.61	11.984	0.017
Satisfação do doente	46.00	47.73	51.58	51.13	44.33	0.740	0.946
Função física	67.38	53.34	49.08	39.29	41.83	5.545	0.236
Desempenho físico	51.50	45.05	50.48	50.26	58.67	2.048	0.727
Dor	70.13	47.60	48.46	51.53	42.00	3.318	0.506
Saúde em geral	79.25	53.86	40.74	48.03	38.94	9.213	0.056
Função emocional	35.38	41.00	55.56	56.45	56.67	7.569	0.109
Desempenho emocional	46.25	43.18	52.78	55.76	51.33	3.607	0.462
Função social	47.13	43.79	56.60	50.58	48.56	3.578	0.466
Vitalidade	29.38	46.19	49.60	56.00	53.78	3.815	0.432

Legenda:

¹ Analfabeto=4; E. primário=31; E. básico=12; E. secundário=5; E. superior=4² Analfabeto=0; E. primário=9; E. básico=13; E. secundário=14; E. superior=5X²- Kruskal Wallis

* - p < 0.05

Quadro 5 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre o Rendimento mensal e a Qualidade da vida.

Rendimento Mensal	<485€ (n=43)	485-970€ (n = 8)	970-1455€ (n = 1)	1455-1940€ (n = 4)	X ²	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Sintomas/problemas Hemodiálise ¹	28.99	33.06	2.50	20.63	4.149	0.246
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal ²	23.41	21.17	21.89	12.58	3.735	0.292
Efeitos da doença renal na vida diária	48.98	58.85	44.05	37.35	1.625	0.654
Peso da doença renal	43.70	44.32	67.85	69.90	12.681	0.005
Actividade profissional	54.73	36.35	44.70	40.40	8.972	0.030
Função cognitiva	52.76	51.68	42.90	28.00	7.517	0.057
Qualidade da interacção social	47.01	60.76	49.30	40.65	4.241	0.237
Função sexual	43.48	57.62	66.55	49.90	11.149	0.011
Sono	50.58	47.56	46.60	44.35	0.585	0.900
Apoio social	47.78	45.62	56.75	54.30	1.638	0.651
Encorajamento do pessoal da diálise	52.97	46.79	39.40	38.55	5.635	0.131
Satisfação do doente	49.65	45.03	50.20	50.65	0.451	0.929
Função física	52.26	40.24	53.55	39.80	3.813	0.282
Desempenho físico	49.25	39.71	46.55	65.75	5.641	0.130
Dor	49.82	55.12	44.40	38.30	2.772	0.428
Saúde em geral	52.38	50.76	50.25	24.45	8.631	0.035
Função emocional	44.74	49.56	49.80	72.80	8.588	0.035
Desempenho emocional	48.67	43.24	46.80	63.00	3.495	0.321
Função social	51.33	39.85	42.85	56.75	3.759	0.289
Vitalidade	47.12	46.21	38.50	75.55	10.797	0.013

Legenda:

¹ <485€n=43; 485-970€ n= 8; 970-1455€ n=1; 1455-1940€n=4² <485€n=17; 485-970€ n=9; 970-1455€ n=9; 1455-1940€n=X²- Kruskal Wallis

* - p < 0.05

Quadro 6 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre a Escolha do tratamento e a Qualidade da vida.

Escolha do método de tratamento	Médico decidiu (n = 48)	Eu decidi informado (n = 16)	Eu decidi pós consulta (n = 33)	X ²	Sig.
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Sintomas/problemas Hemodiálise ¹	30.21	23.28	13.50	3.118	0.210
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal ²	32.33	27.29	18.48	6.032	0.049*
Efeitos da doença renal na vida diária	56.09	54.78	35.88	10.948	0.004*
Peso da doença renal	38.47	50.00	63.83	16.013	0.000*
Actividade profissional	55.72	49.00	39.23	8.497	0.014*
Função cognitiva	54.39	57.84	36.88	9.792	0.007*
Qualidade da interacção social	53.11	50.72	42.18	3.087	0.214
Função sexual	39.59	50.16	62.12	17.960	0.000*
Sono	56.75	43.31	40.48	7.375	0.025*
Apoio social	43.79	47.69	57.21	4.998	0.082
Encorajamento do pessoal da diálise	58.03	50.19	35.29	18.798	0.000*
Satisfação do doente	43.18	45.56	59.14	7.012	0.030*
Função física	58.46	48.09	35.68	12.930	0.002*
Desempenho físico	43.27	40.81	61.30	9.939	0.007*
Dor	54.88	48.41	40.74	5.336	0.069
Saúde em geral	55.29	53.69	37.58	8.346	0.015*
Função emocional	41.06	46.19	61.91	10.983	0.004*
Desempenho emocional	40.33	43.41	64.32	16.052	0.000*
Função social	42.61	47.34	59.09	7.394	0.025*
Vitalidade	40.23	53.13	59.76	9.890	0.007*

Legenda:

¹ Médico decidiu n=45; Eu decidi informado n= 9; Eu decidi pós consultan=2

² Médico decidiu n=3; Eu decidi informado n= 7; Eu decidi pós consulta n=33

X² - Kruskal Wallis
* - p < 0.05

Quadro 7 – Resultados do Teste de Mann Whitney entre a Admissão e a Qualidade da vida.

Admissão	Consulta Externa (n = 67)		Urgência (n = 30)		U	Sig
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
Sintomas/problemas Hemodiálise ¹	24.71	865.00	34.81	731.00	235.000	0.025*
Sintomas/problemas Diálise Peritoneal ²	19.41	621.00	26.67	240.00	93.000	0.107
Efeitos da doença renal na vida diária	46.63	3124.00	54.30	1629.00	846.000	0.214
Peso da doença renal	53.12	3559.00	39.80	1194.00	729.000	0.031*
Actividade profissional	47.40	3175.50	52.58	1577.50	897.500	0.345
Função cognitiva	47.43	3177.50	52.52	1575.50	899.500	0.402
Qualidade da interacção social	47.30	3169.00	52.80	1584.00	891.000	0.369
Função sexual	49.74	3332.50	47.35	1420.50	955.500	0.644
Sono	48.91	3277.00	49.20	1476.00	999.000	0.962
Apoio social	51.75	3467.00	42.87	1286.00	821.000	0.130
Encorajamento do pessoal da diálise	45.54	3051.50	56.72	1701.50	773.500	0.029*
Satisfação do doente	51.66	3461.00	43.07	1292.00	827.000	0.151
Função física	46.59	3121.50	54.38	1631.50	843.500	0.206
Desempenho físico	49.30	3303.00	48.33	1450.00	985.000	0.874
Dor	44.15	2958.00	59.83	1795.00	680.000	0.008*
Saúde em geral	46.21	3096.00	55.23	1657.00	818.000	0.143
Função emocional	54.13	3627.00	37.53	1126.00	661.000	0.007*
Desempenho emocional	49.55	3320.00	47.77	1433.00	968.000	0.765
Função social	49.23	3298.50	48.48	1454.50	989.500	0.899
Vitalidade	54.51	3652.00	36.70	1101.00	636.000	0.004*

Legenda:

¹ Consulta ext n=35; Urgência n= 21;

² Consulta ext n=32; Urgência n= 9;

U - Mann Whitney

* - p < 0.05

Quadro 8 – Resultados do Teste t para diferenças de médias entre o Tipo de tratamento e a Qualidade da vida.

Tipo de tratamento	Hemodiálise (n = 56)		Diálise Peritoneal (n = 41)		Levene	t	Sig.
	\bar{X}	dp	\bar{X}	dp			
Sintomas/problemas	14.75	14.04	20.34	6,27	27,68	-2,380	0,019*
Efeitos da doença renal na vida diária	17.67	5.98	14.56	5,35	0,70	2,678	0,009*
Peso da doença renal	9.68	3.79	12.34	4,21	0,63	-3,208	0,002*
Atividade profissional	3.53	0.66	3.32	0,72	0,65	1,527	0,131
Função cognitiva	6.50	2.71	5.27	2,35	0,30	2,391	0,019*
Qualidade da interação social	6.34	2.09	5.61	1,88	1,52	1,798	0,075
Função sexual	0.68	1.71	1.46	1,61	0,51	-2,309	0,023*
Sono	14.10	4.87	11.71	5,12	1,17	2,328	0,022*
Apoio social	6.33	1.60	7.12	1,52	1,04	-2,451	0,016*
Encorajamento do pessoal da diálise	3.02	1.20	2.10	0,49	44,50	4,637	0,000*
Satisfação do doente	5.36	1.25	5.95	1,02	4,45	-2,483	0,015*
Função física	23.53	6.96	20.63	5,78	2,97	2,237	0,028*
Desempenho físico	12.87	5.64	16.02	5,01	1,63	-2,900	0,005*
Dor	5.07	2.68	3.85	2,52	1,16	2,285	0,025*
Saúde em geral	17.68	3.94	16.59	3,44	0,76	1,452	0,150
Função emocional	17.12	4.61	19.15	3,97	0,69	-2,312	0,023*
Desempenho emocional	9.69	3.85	12.97	3,54	1,66	-4,368	0,000*
Função social	7.37	2.14	8.56	2,00	0,21	-2,802	0,006*
Vitalidade	11.28	3.86	12.80	4,21	0,26	-1,818	0,073

* - p < 0.05

Quadro 9 - Correlação de *Pearson* entre “sintomas” e variáveis independentes.

Sintomas/Problemas	r	P
Idade	-0.155	0.064
Tempo de diálise	-0.093	0.183
Funcionalidade familiar	-0.147	0.076

Quadro 10 - Correlação de *Pearson* entre “Efeito da doença renal na vida diária” e variáveis independentes.

Efeito da doença renal na vida diária	R	P
Idade	-0.054	0.298
Tempo de diálise	0.256	0.006*
Funcionalidade familiar	0.014	0.445

Quadro 11 – Regressão múltipla entre “Efeito da doença renal na vida diária” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= Efeito da doença renal na vida diária					
R= 0.256 R ² = 0.066 R ² Ajustado= 0.056 Erros padrão da Estimativa= 5.74054 F= 6.660 P= 0.011					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	T	P	
Constante	14.721		17.134	0.000	
Tempo de diálise	0.052	0.256	2.581	0.011	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	219,472	1	219.472	6.660	0.011
Residual	3130,611	95	32.954		
Total	3350,082	96			

Quadro 12 - Correlação de *Pearson* entre “Peso da doença renal” e variáveis independentes.

Peso da doença renal	R	p
Idade	-0.046	0.327
Tempo de diálise	-0.170	0.048*
Funcionalidade familiar	0.184	0.035*

Quadro 13 - Correlação de *Pearson* entre “*atividade profissional*” e variáveis independentes.

Atividade profissional	r	P
Idade	0.294	0.002*
Tempo de diálise	0.158	0.061
Funcionalidade familiar	-0.048	0.319

Quadro.14 - Regressão múltipla entre “*Atividade Profissional*” e as variáveis independentes

Variável Dependente= <i>Atividade Profissional</i>					
R= 0.294 R ² = 0.087 R ² Ajustado= 0.077 Erros padrão da Estimativa= 0.66461 F= 9.000 P= 0.003					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	T	P	
Constante	2.275		10.954	0.000	
Idade	0.012	0.294	3.000	0.003	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	3.975	1	3.975	9.000	0.003
Residual	41.963	95	0.442		
Total	45.938	96			

Quadro 15 - Correlação de *Pearson* entre “*função cognitiva*” e variáveis independentes.

Função cognitiva	r	P
Idade	0.005	0.479
Tempo de diálise	0.241	0.009*
Funcionalidade familiar	0.000	0.499

Quadro 16 - Regressão múltipla entre “*Função Cognitiva*” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= <i>Função Cognitiva</i>					
R= 0.241 R ² = 0.052 R ² Ajustado= 0.048 Erros padrão da Estimativa= 2.55791 F= 5.867 P= 0.017					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	t	P	
Constante	5.298		13.839	0.000	
Tempo de diálise	0.022	0.241	2.422	0.017	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	38.384	1	38.384	5.867	0.017
Residual	621.575	95	6.542		
Total	659.959	96			

Quadro 17 - Correlação de *Pearson* entre “Qualidade da interação social” e variáveis independentes.

Qualidade da interação social	R	P
Idade	0.056	0.293
Tempo de diálise	0.231	0.011*
Funcionalidade familiar	-0.111	0.139

Quadro 18 - Regressão múltipla entre “Qualidade da interação social” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= “Qualidade da interação social”					
R= 0.231 R ² = 0.053 R ² Ajustado= 0.043 Erros padrão da Estimativa= 1.98367 F= 5.359 P= 0.023					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficientes Beta	Coeficiente Padronizado	T	P	
Constante	5.526		18.612	0.000	
Tempo de diálise	0.016	0.231	2.315	0.023	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	21,086	1	21.086	5.359	0.023
Residual	373.821	95	3.935		
Total	394.907	96			

Quadro 19 - Correlação de *Pearson* entre “função sexual” e variáveis independentes.

Função sexual	R	P
Idade	-0.388	0.000*
Tempo de diálise	-0.149	0.073
Funcionalidade familiar	0.018	0.430

Quadro 20 - Regressão múltipla entre “função sexual” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= função sexual					
R= 0.388 R ² = 0.150 R ² Ajustado= 0.141 Erros padrão da Estimativa= 1.57971 F= 16.798 P= 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficientes Beta	Coeficiente Padronizado	t	P	
Constante	3.343		5.653	0.000	
Idade	-0.040	-0.388	-4.098	0.000	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	41.918	1	41.918	16.798	0.000
Residual	237.072	95	2.495		
Total	278.990	96			

Quadro 21 - Correlação de *Pearson* entre “sono” e variáveis independentes.

Sono	R	P
Idade	0.173	0.045*
Tempo de diálise	0.184	0.036*
Funcionalidade familiar	-0.107	0.148

Quadro 22 - Correlação de *Pearson* entre “apoio social” e variáveis independentes.

Apoio social	R	P
Idade	-0.057	0.291
Tempo de diálise	-0.272	0.003*
Funcionalidade familiar	0.332	0.000*

Quadro 23 - Regressão múltipla entre “apoio social” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= Apoio social					
R= 0.396					
R ² = 0.156					
R ² Ajustado= 0.139					
Erros padrão da Estimativa= 1.49012					
F= 8.719					
P= 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficientes Beta	Coeficiente Padronizado	t	P	
Constante	5.499		9.380	0.000	
Funcionalidade familiar	0.184	0.292	3.029	0.003	
Tempo de Diálise	-0.012	-0.218	-2.266	0.026	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	38.719	2	19.360	8.719	0.000
Residual	208.724	94	2.110		
Total	247.443	96			

Quadro 24 - Correlação de *Pearson* entre “Encorajamento da equipa da diálise” e variáveis independentes.

Encorajamento da equipa da diálise	R	P
Idade	0.081	0.216
Tempo de diálise	0.116	0.129
Funcionalidade familiar	-0.141	0.084

Quadro 25 - Correlação de *Pearson* entre “satisfação do doente” e variáveis independentes

Satisfação do doente	R	P
Idade	-0.067	0.258
Tempo de diálise	-0.140	0.086
Funcionalidade familiar	0.069	0.252

Quadro 26 - Correlação de *Pearson* entre “*função física*” e variáveis independentes.

Função física	R	P
Idade	0.432	0.000*
Tempo de diálise	0.166	0.052
Funcionalidade familiar	-0.114	0.133

Quadro 27 - Regressão múltipla entre “*função física*” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= função física					
R= 0.432 R ² = 0.187 R ² Ajustado= 0.178 Erros padrão da Estimativa= 5.99928 F= 21.826 P= 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficientes Beta	Coeficiente Padronizado	T	P	
Constante	12.212		5,438	0.000	
Idade	0.173	0.432	4.672	0.000	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	785.447	1	785.547	21,826	0.000
Residual	3419.175	95	35.991		
Total	4204.722	96			

Quadro 28 - Correlação de *Pearson* entre “*desempenho físico*” e variáveis independentes.

Desempenho físico	r	P
Idade	-0.178	0.041*
Tempo de diálise	-0.157	0.063
Funcionalidade familiar	0.018	0.431

Quadro 29 - Correlação de *Pearson* entre “*dor*” e variáveis independentes.

Dor	R	P
Idade	0.023	0.413
Tempo de diálise	0.206	0.021*
Funcionalidade familiar	-0.070	0.248

Quadro 30 - Regressão múltipla entre “dor” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= dor					
R= 0.206					
R ² = 0.042					
R ² Ajustado= 0.033					
Erros padrão da Estimativa= 2.62918					
F= 4.230					
P= 0.042					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	t	P	
Constante	3.962		10.069	0.000	
Tempo de diálise	0.019	0.206	2.057	0.042	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	29.241	1	29.241	4.230	0.042
Residual	656.697	95	6.913		
Total	685.938	96			

Quadro 31 - Correlação de *Pearson* entre “saúde em geral” e variáveis independentes.

Saúde em geral	r	P
Idade	0.001	0.496
Tempo de diálise	0.109	0.144
Funcionalidade familiar	-0.177	0.041*

Quadro 32 - Correlação de *Pearson* entre “função emocional” e variáveis independentes.

Função emocional	R	P
Idade	-0.014	0.445
Tempo de diálise	-0.170	0.048*
Funcionalidade familiar	0.088	0.032*

Quadro 33 - Correlação de *Pearson* entre “desempenho emocional” e variáveis independentes.

Desempenho emocional	r	P
Idade	-0.213	0.018*
Tempo de diálise	-0.261	0.021*
Funcionalidade familiar	0.072	0.243

Quadro 34 - Regressão múltipla entre “desempenho emocional” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= desempenho emocional					
R= 0.261 R ² = 0.068 R ² Ajustado= 0.058 Erros padrão da Estimativa= 3.92792 F= 6.921 P= 0.010					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	T	P	
Constante	12.208		20.766	0.000	
Tempo de diálise	-0.038	-0.261	-2.631	0.010	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	106.780	1	106.780	6.921	0.010
Residual	1465.715	95	15.429		
Total	1572.499	96			

Quadro 35 - Correlação de *Pearson* entre “função social e variáveis independentes.

Função social	r	P
Idade	-0.237	0.010*
Tempo de diálise	-0.118	0.125
Funcionalidade familiar	0.095	0.177

Quadro 36 - Regressão múltipla entre “função social” e as variáveis independentes.

Variável Dependente= função social					
R= 0.237 R ² = 0.056 R ² Ajustado= 0.046 Erros padrão da Estimativa= 2.10168 F= 5.637 P= 0.020					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficientes Beta	Coefficiente Padronizado	t	P	
Constante	9.674		12.297	0.000	
Idade	-0.031	-0.237	-2.374	0.020	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	24.897	1	24.897	5.637	0.020
Residual	419.619	95	4.417		
Total	444.515	96			

Quadro 37 - Correlação de *Pearson* entre “vitalidade” e variáveis independentes.

Vitalidade	r	p
Idade	-0.016	0.128
Tempo de diálise	-0.038	0.357
Funcionalidade familiar	0.111	0.140