

Qualidade de vida em diálise

EUGÉNIA J. ANES
PEDRO L FERREIRA

Este artigo pretende descrever e comparar a qualidade de vida relacionada com a saúde nas pessoas com insuficiência renal crónica em diálise de acordo com os diferentes tipos de admissão.

Foi desenvolvido um estudo não experimental, transversal e descritivo numa amostra de 231 pessoas com insuficiência renal crónica, conforme o tipo de admissão à diálise e que efectuavam tratamento dialítico no nordeste transmontano. Utilizou-se o instrumento de medição KDQOL constituído por uma medida genérica de saúde — o SF-36 — e uma específica deste quadro clínico — o ESRD.

Dos participantes estudados, a maioria era do sexo masculino (56,3%), casados (68,4%), reformados ou pensionistas (84,9%), provenientes de zona rural (67,4%) e com um nível de instrução básico ou inferior (89,1%). A idade dos respondentes variou entre os 18 e os 88 anos, com uma média de 61,6 anos e uma mediana de 65 anos.

O tempo de diálise destes doentes foi entre 15 dias e 24 anos e o tipo de tratamento mais prevalente foi a hemodiálise (94,8%). A maior parte dos doentes apresentou outras doenças associadas (56,3%) e complicações (91%), tendo

sido a diabetes a doença associada mais referida (26,4%) e o cansaço (69,7%), as mãos e pés adormecidos (58,9%), as câibras (54,5%), as dores musculares (52,4%) e a comichão (51,5%), as complicações mais assinaladas.

Os doentes com admissão programada para diálise apresentaram uma qualidade de vida mais satisfatória do que os admitidos de forma urgente, com diferenças estatisticamente significativas na actividade profissional, no desempenho físico, no desempenho emocional, na função social e na vitalidade. Os resultados evidenciaram também um impacto negativo de algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Nesta investigação é reconhecida a importância da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, como um indicador de excelência dos cuidados de saúde, reflectindo a voz do utente.

Palavras-chave: qualidade de vida; insuficiência renal; diálise; KDQOL

1. Introdução

Tem-se verificado um aumento crescente da incidência da diálise em Portugal, consequência do aumento de insuficiência renal crónica. Esta condição de saúde provoca drásticas alterações nas actividades da vida diária (Kirschenbaum, 1991), sendo uma das doenças mais exigentes, quer pela agressividade do tipo de tratamento quer pela sua necessária continuidade (Collier e Watson, 1994).

□
Eugénia Anes é professor-adjunto na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
Pedro Lopes Ferreira é professor associado na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e é director do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Entregue em Janeiro de 2008

Os doentes crónicos em diálise distinguem-se por serem confrontados 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.

Este conceito 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 (Ferreira e Rosete, 1996).

Bowling (1995a, 1995b) afirma que a qualidade de vida relacionada com a saúde 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 (Bowling, 1995b).

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 portanto, englobar o impacto que a doença e o tratamento representam nas várias dimensões do indivíduo. As medições do estado de saúde fornecem-nos, deste modo, bases que nos 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).

Este artigo analisa as relações da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida com o tipo de admissão à diálise, com as variáveis sócio-demográficas e com as variáveis clínicas. A justificação do presente estudo prende-se com o facto de não se conhecerem em Portugal, 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. Assim, os objectivos delineados para a presente investigação foram os seguintes:

- Avaliar a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com insuficiência renal crónica em diálise. Esta avaliação implica: (i) identificar a relação entre o tipo de admissão e a percepção da qualidade de vida; (ii) identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção da qualidade de vida; e (iii) identificar a relação entre as variáveis clínicas e a percepção da qualidade de vida.
- Contribuir para a validação de uma medida específica de qualidade de vida em insuficientes renais crónicos em hemodiálise, o questionário *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF)* (Hays *et al.*, 1997).

2. Metodologia

O estudo foi efectuado em indivíduos em diálise e os dados recolhidos durante três meses no nordeste transmontano, englobando os dois hospitais distritais de Bragança e de Chaves, o Centro Hospitalar de Vila Real, uma clínica de hemodiálise de Mirandela e um centro de reabilitação renal de Vila Real (Anes, 2005). Foi solicitada autorização aos conselhos de administração dos referidos hospitais e clínicas.

A população abrangida por esta investigação foram todos os indivíduos adultos (com 18 ou mais anos) com diagnóstico de insuficiência renal crónica em diálise, nos estabelecimentos anteriormente mencionados. Constituíram critérios de exclusão a existência de patologia mental, estado de inconsciência ou desorientação no tempo e no espaço e qualquer problema que impossibilitasse a comunicação ou o preenchimento do questionário.

Foi efectuado um contacto personalizado com todos os doentes e a sua participação no estudo foi precedida de obtenção do consentimento esclarecido. Da informação fornecida para este consentimento fez parte a apresentação dos objectivos e finalidades da investigação, o esclarecimento da importância da contribuição de cada participante, o carácter voluntário da participação, o agradecimento pela participação, o compromisso de garantia de confidencialidade dos dados e a disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida que pudesse surgir acerca e durante a investigação.

A população estudada era constituída por 303 pessoas com insuficiência renal, que frequentavam os

serviços de diálise anteriormente mencionados, da qual resultou uma amostra de 231, constituída por aqueles que obedeciam aos critérios de inclusão e que aceitaram participar no estudo. A colaboração dos doentes foi excelente, tendo grande parte dos questionários sido auto-preenchidos. No entanto, foi prestada ajuda ao preenchimento do questionário (55%) em casos de doentes analfabetos e/ou com limitações visuais ou físicas.

O instrumento usado foi a versão portuguesa do KDQOL-SF depois de devidamente validada nesta população. É um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida para doentes com insuficiência renal em diálise de autoria de Hays *et al.* em 1997 e bastante difundido por vários países. Possui perguntas específicas que focam as preocupações particulares dos doentes renais em diálise. São elas, os sintomas/problemas, os efeitos da doença renal na vida diária, o peso da doença renal na vida do doente, a interferência da doença na actividade profissional e na função cognitiva, a qualidade da interacção social e o impacto da doença na função sexual e no sono, conforme o apresentado no *Quadro I*. Possui também três dimensões adicionais de qualidade de vida, incluindo o apoio social, o encorajamento dos profissionais da unidade de diálise e a satisfação do doente. E, por fim, um questionário genérico de saúde — o

SF-36v2 — com 36 perguntas, agrupadas em oito dimensões correspondentes às funções física, emocional e social, aos desempenhos físico e emocional, à dor, à saúde em geral e à vitalidade. Neste estudo foram também incluídas algumas questões socio-demográficas e clínicas para completar as informações dos doentes.

Na análise dos dados utilizou-se estatística descritiva e estatística inferencial, nomeadamente frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão, teste *t* de Student e análise de variância de um factor para a comparação entre médias de amostras independentes, o teste de Scheffé de comparação múltipla e o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis quantitativas. Utilizaram-se também modelos de regressão linear para explicar os determinantes da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida.

3. Resultados e discussão

No que respeita à caracterização sócio-demográfica da amostra, apresentada no *Quadro II*, ela é maioritariamente do género masculino, com idades a variar entre os 18 e 88 anos. Relativamente ao nível de instrução, apenas um pequeno grupo de 10,8% pos-

Quadro I
Composição do questionário KDQOL

	Número de perguntas
Sintomas/problemas	12
Efeitos da doença renal na vida diária	8
Peso da doença renal	4
Interferência na actividade profissional	2
Interferência na função cognitiva	3
Qualidade da interacção social	3
Impacto na função sexual	2
Impacto no sono	4
Apoio social	2
Encorajamento dos profissionais da unidade de diálise	2
Satisfação do doente	1
Função física	10
Desempenho físico	4
Dor	2
Saúde em geral	5
Função emocional	5
Desempenho emocional	3
Função social	2
Vitalidade	5

sui o ensino secundário, médio e superior, estando mais de metade dos doentes casados e, na sua grande parte, reformados, pensionistas ou com outros rendimentos. No que concerne ao rendimento e ao agregado familiar, constatámos que 19,9% da amostra vive só, tem rendimento mensal até 250 euros e que 80,1% vive em agregado familiar com rendimentos

mensais totais abaixo de 750 euros. A proveniência dos indivíduos é maioritariamente rural e, quando necessitam de ajuda, é à família e a Deus que recorrem com maior frequência, e menos aos amigos.

Relativamente à caracterização clínica da amostra apresentada no *Quadro III*, verificamos que o tipo de admissão é formado por dois grupos muito semelhan-

Quadro II
Caracterização sócio-demográfica

Variável	Valor	n	Percentagem
Idade (anos)	Mínimo	18	
	Máximo	88	
	Média	61,56	
	Mediana	65	
	Desvio padrão	14,95	
Género	Masculino	130	56,3%
	Feminino	101	43,7%
Nível de instrução	Analfabeto ou apenas sabe ler ou escrever	96	41,5%
	Ensino básico/2.º ciclo	110	47,6%
Situação familiar	Ensino secundário, médio ou superior	25	10,8%
	Casado com ou sem registo	158	68,4%
	Solteiro ou viúvo	67	29,0%
Situação profissional	Separado ou divorciado	6	2,6%
	Reformado, pensionista ou outros rendimentos	196	84,9%
	Trabalhador no activo	32	13,8%
Vive só	Desempregado ou estudante	3	1,3%
	Sim	35	15,2%
Rendimento	Não	196	84,8%
	Menos de 250 euros	24	19,9%
Área de proveniência	Entre 250 euros e 750 euros	145	80,1%
	Rural	155	67,1%
Apoio	Urbana	76	32,9%
	Família (sempre)	119	51,5%
	Deus (sempre)	94	40,7%
	Amigos (nunca)	131	56,7%

Quadro III
Caracterização clínica

Variável	Valor	n	Percentagem
Tipo de admissão	Programada	112	48,5%
	Urgente	119	51,5%
Tipo de tratamento	Hemodiálise	219	94,8%
	Díálise peritoneal	12	5,2%
Doenças associadas	Com doenças associadas	130	56,3%
	Diabetes	61	26,4%
	Insuficiência cardíaca	25	10,8%
Complicações	Com complicações	222	96,1%
	Esgotado sem forças	161	69,7%
	Mãos ou pés dormentes	136	58,9%
	Cãibras	126	54,5%
Tempo em diálise	Mínimo	15 dias	
	Máximo	24 anos	
	Média	55,95 meses	
	Mediana	36 meses	
	Desvio padrão	14,95 meses	

tes em tamanho, com 48,5% de admissão programada e 51,5% de admissão urgente. O mesmo não se verifica em relação ao tipo de tratamento em que o grupo de diálise peritoneal é composto apenas por 12 doentes em comparação com o grupo de doentes em hemodiálise (219). Mais de metade da amostra (56,3%) refere doenças associadas, sendo a diabetes e a insuficiência cardíaca as mais frequentes. A quase totalidade dos doentes (96,1%) refere outras complicações resultantes da doença ou do tratamento entre as quais se destacam o sentirem-se esgotados, com as mãos e os pés adormecidos e com câibras. O tempo em diálise variou entre 15 dias e 24 anos.

Quando cruzamos a percepção da qualidade de vida com o tipo de admissão, com os resultados no *Quadro IV*, constatamos que existe uma qualidade de vida mais satisfatória no grupo que teve uma admissão programada. Verificámos também que essas diferenças são significativas nas dimensões relacionadas com a actividade profissional, a satisfação do utente, o desempenho físico, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade.

No entanto, consideramos que estas diferenças poderiam ter sido ainda maiores, se em todos os serviços existissem equipas multidisciplinares responsáveis por uma efectiva preparação do doente para a diálise. Segundo Cuadrado (2001), o objectivo destas equipas multidisciplinares é atender o doente renal de uma forma integral, como um ser biopsicossocial, tendo em conta as repercussões que a doença e o tratamento podem ter na sua qualidade de vida.

Dentro das variáveis sociodemográficas, verificamos que os homens apresentam melhor nível de qualidade de vida do que as mulheres. As diferenças observadas são estatisticamente significativas para a maior parte das dimensões, conforme apresentado no *Quadro V*.

Vários estudos referem que, também na população geral, são as mulheres que apresentam menor qualidade de vida. Na diabetes, segundo Eiser *et al* (1992) e Lloyd e Orchard (1999) é neste grupo que se verificam menores níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde. No que respeita às normas portuguesas do SF-36, Ferreira e Santana (2003) afirmam

Quadro IV
Percepção da qualidade vida em relação ao tipo de admissão

Dimensão	Urgente		Programada		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	78,19	14,89	78,94	15,64	ns
Efeitos da doença na vida diária	66,62	17,92	69,17	18,54	ns
Peso da doença renal	25,74	20,73	29,80	21,81	ns
Actividade profissional	12,60	29,26	22,77	36,07	$P < 0,05$
Função cognitiva	88,63	14,79	90,36	13,63	ns
Qualidade da interacção social	80,44	16,39	80,00	17,10	ns
Função sexual	65,62	38,43	80,59	31,04	ns
Sono	69,43	18,60	68,08	19,50	ns
Apoio social	78,48	32,99	80,98	30,35	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	90,86	18,81	92,41	17,14	ns
Satisfação do doente	79,24	22,46	85,65	20,26	$P < 0,05$
Função física	51,05	36,87	56,83	34,20	ns
Desempenho físico	37,18	32,91	48,44	34,15	$P < 0,05$
Dor	67,90	33,37	70,78	32,87	ns
Saúde em geral	34,50	19,34	34,28	15,27	ns
Função emocional	59,79	21,58	62,77	21,61	ns
Desempenho emocional	60,01	31,19	69,49	29,81	$P < 0,05$
Função social	48,63	31,75	58,81	31,68	$P < 0,05$
Vitalidade	33,08	25,58	40,34	25,72	$P < 0,05$

que estas diferenças são, no entanto, significativas apenas em relação às dimensões físicas. Por outro lado, Cunqueiro *et al.* (2003) e Vázquez *et al.* (2004), utilizando como instrumento de colheita de

dados o mesmo KDQOL, também obtiveram resultados concordantes com os presentes.

O *Quadro VI* mostra-nos a relação da percepção qualidade de vida com a idade, com os resultados a

Quadro V
Percepção da qualidade vida em relação ao género

Dimensão	Feminino		Masculino		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	72,81	16,65	83,01	12,36	$P < 0,001$
Efeitos da doença na vida diária	64,70	17,06	70,31	18,79	$P < 0,05$
Peso da doença renal	24,63	21,47	30,10	20,97	ns
Actividade profissional	13,86	29,26	20,38	35,60	ns
Função cognitiva	89,04	14,56	89,79	14,02	ns
Qualidade da interacção social	78,22	17,20	81,79	16,20	ns
Função sexual	69,64	39,44	75,60	33,60	ns
Sono	64,85	19,99	71,83	17,70	$P < 0,01$
Apoio social	78,42	32,38	80,69	31,24	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	91,09	19,79	92,02	16,54	ns
Satisfação do doente	81,83	21,60	82,75	21,70	ns
Função física	42,23	34,51	62,88	33,96	$P < 0,001$
Desempenho físico	32,98	31,56	50,14	33,90	$P < 0,001$
Dor	60,27	34,92	76,31	29,89	$P < 0,001$
Saúde em geral	30,35	17,44	37,54	17,87	$P < 0,01$
Função emocional	55,84	20,32	65,42	21,71	$P < 0,001$
Desempenho emocional	56,51	31,31	70,90	29,06	$P < 0,001$
Função social	43,81	29,82	61,15	31,79	$P < 0,001$
Vitalidade	30,07	24,73	41,68	25,65	$P < 0,001$

Quadro VI
Percepção da qualidade vida em relação à idade

Dimensão	18-40 anos ($n = 19$)		41-64 anos ($n = 93$)		> 65 anos ($n = 116$)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	86,95	8,97	81,12	14,30	74,95	15,93	$P < 0,001$
Efeitos da doença na vida diária	78,29	16,52	67,07	19,15	66,95	17,54	$P < 0,05$
Peso da doença renal	46,71	22,85	28,56	22,52	24,36	18,40	$P < 0,001$
Actividade profissional	60,53	39,37	28,50	38,59	2,16	10,20	$P < 0,001$
Função cognitiva	87,72	14,45	89,75	14,40	89,89	14,00	ns
Qualidade da interacção social	83,85	17,82	79,79	17,30	80,75	15,60	ns
Função sexual	99,11	3,34	73,73	36,29	57,50	34,75	$P < 0,01$
Sono	77,37	15,49	66,10	19,40	69,70	19,00	$P < 0,05$
Apoio social	86,00	25,01	77,47	32,10	81,07	31,85	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	90,13	18,90	91,67	17,80	92,24	18,18	ns
Satisfação do doente	85,05	17,43	78,27	23,32	85,72	20,31	$P < 0,05$
Função física	80,26	22,08	62,04	32,81	44,14	35,78	$P < 0,001$
Desempenho físico	69,08	26,06	48,52	34,84	33,94	31,56	$P < 0,001$
Dor	80,26	26,46	76,18	30,75	61,94	34,60	$P < 0,01$
Saúde em geral	45,00	17,87	34,03	16,24	33,28	17,80	$P < 0,05$
Função emocional	76,84	20,76	61,83	21,57	58,88	20,66	$P < 0,01$
Desempenho emocional	83,77	26,42	67,83	30,98	59,55	30,12	$P < 0,01$
Função social	84,21	21,99	59,81	31,27	44,07	30,10	$P < 0,001$
Vitalidade	62,83	20,36	41,33	25,19	28,72	23,77	$P < 0,001$

demonstrarem que a qualidade de vida varia no sentido inverso ao da idade, ou seja é maior nos grupos mais jovens e menor nos de mais idade, com diferenças significativas para grande parte das dimensões. Kirschenbaum (1991) afirma que isto se deve ao facto de os jovens serem o grupo etário mais saudável e Neves (2000) afirma que as pessoas de mais idade apresentam mais limitações físicas e mentais. Em estudos onde foi aplicado o KDQOL, um deles da responsabilidade do Governo dos EUA (The USRDS Dialysis Morbidity and Mortality Study, 1997) e outro realizado por Vidal, Salas e Escobar (2005) no Chile, também se verificou uma tendência para a diminuição de qualidade de vida com a idade. Relativamente às normas portuguesas do SF-36, Ferreira e Santana (2003) verificaram, de novo, uma relação estatística significativa nas dimensões físicas. O nível de instrução também nos fornece resultados conclusivos relativamente à sua influência na percepção da qualidade de vida. O *Quadro VII* apresenta os resultados do tratamento simultâneo destas variáveis em que se observaram melhores níveis de percepção

de qualidade de vida nos indivíduos com mais habilitações, com diferenças significativas para a maioria das dimensões. Através do teste de Scheffé verificamos a existência de dois grupos distintos, um até ao ensino básico e outro englobando os níveis superiores.

Para doentes diabéticos, Neves corrobora estes resultados e afirma, a este propósito, que mais instrução significa mais informação, mais conhecimento e melhor percepção para controlar a doença, resultando melhorias na qualidade de vida (Neves, 2000). Vidal, Salas e Escobar (2005) e Castro *et al.* (2003), utilizando o KDQOL, também obtiveram, independentemente um do outro, resultados concordantes com os nossos. Este último autor brasileiro afirma mesmo que os doentes com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar uma melhor adaptação emocional às consequências da doença renal crónica e do tratamento.

No que respeita à relação entre a percepção da qualidade de vida e a situação familiar, parecem observar-se pontuações de qualidade de vida mais favorá-

Quadro VII
Percepção da qualidade vida em relação ao nível de instrução

Dimensão	Até ao ensino básico (n = 96)		Ensino básico e secundário (n = 128)		Ensino médio e superior (n = 7)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	73,26	16,25	82,58	13,03	77,38	17,82	$P < 0,001$
Efeitos da doença na vida diária	63,05	16,69	71,46	18,33	67,86	23,92	$P < 0,01$
Peso da doença renal	21,22	17,03	31,88	22,58	40,18	28,38	$P < 0,001$
Actividade profissional	2,60	13,32	26,95	37,60	50,00	50,00	$P < 0,001$
Função cognitiva	89,23	13,59	89,79	14,46	86,67	20,00	ns
Qualidade da interacção social	78,47	15,67	81,41	17,62	82,86	12,08	ns
Função sexual	47,12	33,13	78,73	33,71	87,50	21,65	$P < 0,01$
Sono	65,13	20,86	71,58	17,16	67,50	18,70	$P < 0,05$
Apoio social	75,56	34,97	83,64	28,12	64,29	39,05	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	93,49	14,16	90,63	20,57	83,93	11,89	ns
Satisfação do doente	83,49	20,71	81,83	22,08	76,14	27,03	ns
Função física	39,22	35,44	64,26	31,88	64,29	37,80	$P < 0,001$
Desempenho físico	28,19	28,17	53,47	33,79	42,86	39,10	$P < 0,001$
Dor	61,95	34,92	74,96	30,41	66,42	39,16	$P < 0,05$
Saúde em geral	30,00	17,56	38,05	16,51	27,86	19,55	$P < 0,01$
Função emocional	56,04	19,91	65,16	21,91	60,71	26,37	$P < 0,01$
Desempenho emocional	53,56	31,06	72,92	28,08	64,29	32,53	$P < 0,001$
Função social	37,24	27,86	65,04	29,69	67,86	33,74	$P < 0,001$
Vitalidade	24,48	20,91	45,61	25,66	38,39	25,88	$P < 0,001$

veis nos indivíduos que não vivem sós, como o demonstra o *Quadro VIII*. Estas diferenças são significativas para o apoio social, a função física, o desempenho físico, a função emocional, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade.

Segundo estes resultados, os restantes elementos do agregado familiar a viverem com o doente podem ser encarados como um apoio social e emocional de qualidade de vida muito importante, para além do apoio nas componentes de função e de desempenho físicos. Por outro lado, a função sexual é a única dimensão neste estudo em que se verificam pontuações significativas mais elevadas para o grupo dos que vivem sós. Surge uma questão, será que estes resultados estão relacionados com uma melhor satisfação sexual de quem não tem companheiro, ou será que são resultado de alguma insatisfação manifestada pelos parceiros dos doentes, podendo reflectir-se negativamente na sua percepção?

Relacionando agora a percepção da qualidade de vida com a situação profissional, apresentada no *Quadro IX*, os resultados demonstram melhor índice de qualidade de vida relacionada com a saúde para o grupo de indivíduos trabalhadores activos. Esta rela-

ção é estatisticamente significativa para a grande parte das dimensões.

Contrariando estes resultados, Vidal, Salas e Escobar (2005) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o trabalhador activo e o não activo. Por outro lado, Ferreira e Santana (2003), utilizando uma amostra representativa da população activa, encontraram uma relação estatística com as dimensões físicas, com valores médios superiores nos trabalhadores não manuais.

Relativamente à qualidade de vida e ao rendimento, constatamos que os indivíduos com mais altos rendimentos apresentam níveis de qualidade de vida mais satisfatórios, verificando-se diferenças significativas nas dimensões associadas ao apoio social, à saúde em geral, ao desempenho emocional e à vitalidade, conforme o ilustrado no *Quadro X*.

Ferreira e Santana (2003), como seria de esperar, também obtiveram melhores pontuações de qualidade de vida nos indivíduos com rendimentos mais elevados.

Em relação à percepção da qualidade de vida e à proveniência dos doentes, os valores médios de qualidade de vida são superiores no grupo com prove-

Quadro VIII
Percepção da qualidade vida em relação à situação familiar

Dimensão	Não vive só (n = 158)		Vive só (n = 73)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	79,59	14,66	76,31	16,83	ns
Efeitos da doença na vida diária	67,52	18,46	68,58	17,83	ns
Peso da doença renal	28,36	22,15	26,28	19,46	ns
Actividade profissional	18,99	34,61	14,39	29,44	ns
Função cognitiva	89,58	14,96	89,22	12,60	ns
Qualidade da interacção social	80,84	15,92	78,90	18,32	ns
Função sexual	72,00	35,82	93,75	17,68	$P < 0,05$
Sono	68,77	18,59	68,80	20,03	ns
Apoio social	84,65	25,54	68,97	40,21	$P < 0,01$
Encorajamento do pessoal da diálise	92,09	18,36	90,58	17,28	ns
Satisfação do doente	82,11	22,13	82,85	20,60	ns
Função física	59,43	33,06	41,78	38,20	$P < 0,001$
Desempenho físico	46,04	33,06	35,27	34,80	$P < 0,05$
Dor	71,42	32,82	64,69	33,42	ns
Saúde em geral	34,41	16,96	32,19	18,41	ns
Função emocional	64,27	20,35	54,66	22,87	$P < 0,01$
Desempenho emocional	67,46	29,44	58,45	33,03	$P < 0,05$
Função social	56,80	31,34	46,57	32,69	$P < 0,05$
Vitalidade	39,44	25,38	30,48	25,96	$P < 0,05$

Quadro IX
Percepção da qualidade vida em relação à situação profissional

Dimensão	Activo (n = 32)		Outros (n = 199)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	86,65	12,05	77,14	15,26	<i>P</i> < 0,001
Efeitos da doença na vida diária	78,32	20,30	66,11	17,38	<i>P</i> < 0,001
Peso da doença renal	38,84	25,09	25,44	19,60	<i>P</i> < 0,001
Actividade profissional	67,19	43,27	9,09	21,80	<i>P</i> < 0,001
Função cognitiva	88,13	15,68	89,63	14,03	ns
Qualidade da interacção social	80,42	19,08	80,13	16,36	ns
Função sexual	94,05	10,91	66,80	37,84	<i>P</i> < 0,001
Sono	70,55	16,33	68,42	19,45	ns
Apoio social	83,41	26,07	78,99	32,57	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	86,72	23,32	92,42	16,97	ns
Satisfação do doente	75,56	21,99	83,35	21,43	ns
Função física	77,34	25,30	49,82	35,57	<i>P</i> < 0,001
Desempenho físico	70,51	31,08	37,88	32,08	<i>P</i> < 0,001
Dor	81,56	24,46	67,16	33,92	<i>P</i> < 0,05
Saúde geral	42,97	19,42	32,98	16,80	<i>P</i> < 0,05
Função emocional	73,75	19,05	59,04	21,25	<i>P</i> < 0,001
Desempenho emocional	80,47	26,74	61,91	30,75	<i>P</i> < 0,001
Função social	82,81	21,00	48,61	30,92	<i>P</i> < 0,001
Vitalidade	60,94	24,44	32,51	23,83	<i>P</i> < 0,001

Quadro X
Percepção da qualidade vida em relação ao rendimento

Dimensão	Até 250 euros (n = 46)		250-400 euros (n = 61)		400-750 euros (n = 72)		> 750 euros (n = 52)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	77,17	15,39	76,67	16,68	78,44	14,78	82,13	13,64	ns
Efeitos da doença	70,58	17,62	66,09	16,65	66,49	17,38	69,41	21,51	ns
Peso da doença renal	28,80	18,80	24,39	22,32	27,78	20,92	30,53	22,78	ns
Actividade profissional	11,96	26,21	13,11	28,73	17,36	32,67	27,88	41,32	ns
Função cognitiva	87,39	13,05	88,31	13,70	90,28	14,84	91,54	15,00	ns
Interacção social	79,57	16,05	79,45	18,47	79,91	17,28	82,18	14,45	ns
Função sexual	82,14	32,79	67,61	36,53	68,75	37,19	83,55	30,63	ns
Sono	66,74	21,00	68,52	20,90	68,26	18,82	71,59	14,89	ns
Apoio social	67,02	39,55	78,50	30,47	80,60	30,52	91,06	21,98	<i>P</i> < 0,01
Pessoal da diálise	90,49	15,85	91,60	17,93	92,19	17,98	91,83	20,24	ns
Satisfação do doente	85,07	20,61	82,21	23,15	80,94	21,01	82,04	21,86	ns
Função física	56,74	35,42	50,66	35,55	48,89	34,81	61,92	36,44	ns
Desempenho físico	39,54	31,18	37,70	31,46	40,71	32,38	53,85	39,18	ns
Dor	65,00	31,12	67,95	34,29	69,34	34,22	74,62	31,96	ns
Saúde geral	32,72	15,52	31,64	17,81	33,06	17,23	40,96	17,80	<i>P</i> < 0,05
Função emocional	60,00	19,17	57,05	19,86	60,97	24,30	67,60	20,73	ns
Desempenho emocional	66,30	29,08	55,46	32,95	63,54	28,95	75,32	29,61	ns
Função social	54,62	31,77	50,41	28,77	50,35	32,30	60,82	35,18	ns
Vitalidade	31,66	25,12	31,66	22,56	36,20	25,41	47,35	28,10	<i>P</i> < 0,01

niência urbana para a quase totalidade das dimensões. O *Quadro XI* apresenta diferenças estatisticamente significativas para as dimensões sintomas/problemas, efeitos da doença na vida diária, função sexual, saúde em geral, desempenho emocional, função social e vitalidade.

Existe grande concordância destes resultados com os encontrados por Ferreira e Santana (2003), correspondendo maiores pontuações ao grupo com residência urbana e semi-urbana.

Analisando a percepção da qualidade de vida em relação à religião apresentada no *Quadro XII*, cons-

Quadro XI
Percepção da qualidade vida em relação à área de proveniência

Dimensão	Área rural (n = 155)		Área urbana (n = 75)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	77,14	15,55	81,92	13,68	$P < 0,05$
Efeitos da doença na vida diária	65,89	16,77	72,75	19,09	$P < 0,01$
Peso da doença renal	26,17	19,56	31,00	24,48	ns
Actividade profissional	14,84	29,70	23,33	38,85	ns
Função cognitiva	89,76	13,32	89,07	16,02	ns
Qualidade da interacção social	79,74	16,78	81,42	16,63	ns
Função sexual	65,50	37,84	87,12	25,67	$P < 0,01$
Sono	68,05	19,45	70,53	18,10	ns
Apoio social	80,47	30,87	77,81	33,60	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	92,58	16,47	89,50	20,86	ns
Satisfação do doente	81,67	22,23	83,51	20,42	ns
Função física	51,87	35,10	58,13	36,80	ns
Desempenho físico	39,68	31,91	48,92	37,38	ns
Dor	69,23	33,52	69,77	32,51	ns
Saúde geral	32,84	16,62	37,93	18,60	$P < 0,05$
Função emocional	59,87	20,08	64,20	24,43	ns
Desempenho emocional	61,77	30,84	71,00	29,93	$P < 0,05$
Função social	50,48	30,88	60,00	33,89	$P < 0,05$
Vitalidade	33,23	22,96	43,67	30,09	$P < 0,01$

Quadro XII
Percepção da qualidade vida em relação à religião

Dimensão	Recorre a Deus (n = 139)		Não recorre a Deus (n = 32)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	77,84	15,22	83,01	14,77	ns
Efeitos da doença na vida diária	68,22	18,12	65,63	19,03	ns
Peso da doença renal	28,89	21,40	20,31	19,51	$P < 0,05$
Actividade profissional	17,09	32,33	20,31	37,80	ns
Função cognitiva	89,78	13,58	87,50	17,90	ns
Qualidade da interacção social	81,24	15,69	73,96	21,24	ns
Função sexual	75,19	35,79	69,53	32,26	ns
Sono	69,69	18,85	63,13	19,35	ns
Apoio social	80,28	31,30	76,06	34,38	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	92,65	16,67	85,16	24,06	ns
Satisfação do doente	83,79	20,58	73,34	25,76	$P < 0,05$
Função física	53,84	36,09	53,91	33,23	ns
Desempenho físico	42,05	34,68	46,29	28,92	ns
Dor	69,45	33,43	68,36	31,34	ns
Saúde geral	34,47	17,66	33,91	16,35	ns
Função emocional	61,53	20,88	59,38	25,96	ns
Desempenho emocional	65,33	31,17	60,16	28,69	ns
Função social	52,57	32,79	59,77	26,70	ns
Vitalidade	36,18	25,03	39,26	30,79	ns

tatamos que o grupo que recorre a Deus apresenta valores médios de qualidade de vida superiores, para a quase totalidade das dimensões. A aplicação do teste *t* mostra, no entanto, haver diferenças significativas no peso da doença renal e satisfação do doente. Estes resultados poderão relacionar-se com o facto dos crentes em Deus aceitarem melhor a doença como uma fatalidade. Almeida (1985) afirma mesmo que a religião católica funciona como um factor favorecedor, evitando a utilização de mecanismos negativos de adaptação à diálise, podendo assim reduzir o peso da doença para o indivíduo.

Relativamente às variáveis clínicas no que concerne à percepção da qualidade de vida e ao tipo de tratamento, temos consciência da grande diferença de tamanho dos grupos e das limitações que se colocam de comparação e de generalização. No entanto, analisando os resultados da percepção da qualidade de vida e da sua relação com o tipo de tratamento, apre-

sentado no *Quadro XIII*, verificamos que os valores médios de qualidade de vida são maioritariamente superiores no grupo de diálise peritoneal. Estas diferenças são significativas apenas para as dimensões associadas à actividade profissional e ao encorajamento do pessoal de diálise.

São diversos os estudos que apresentam dados concordantes com os da presente investigação, indicando melhores níveis de qualidade de vida em doentes em diálise peritoneal, entre os quais se podem citar o estudo da morbilidade e da mortalidade em diálise realizado nos EUA (The USRDS Dialysis Morbidity and Mortality Study, 1997), utilizando o KDQOL, em que se afirma que os doentes de diálise peritoneal são, em média, cinco anos mais jovens do que os doentes de hemodiálise. Em estudos mais recentes, Manns *et al.* (2003) e Wasserfallen *et al.* (2004) não encontraram diferenças significativas entre os diferentes tipos de tratamentos.

Quadro XIII
Percepção da qualidade vida em relação ao tipo de tratamento

Dimensão	Hemodiálise (n = 221)		Diálise peritoneal (n = 10)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	78,68	15,15	75,83	16,11	ns
Efeitos da doença na vida diária	67,96	17,96	65,63	24,61	ns
Peso da doença renal	27,32	21,13	36,25	24,62	ns
Actividade profissional	16,29	32,08	45,00	43,78	<i>P</i> < 0,01
Função cognitiva	89,50	14,26	88,67	14,42	ns
Qualidade da interacção social	80,39	16,60	76,67	19,44	ns
Função sexual	73,26	35,62	90,63	11,97	<i>P</i> < 0,05
Sono	68,70	19,10	70,50	17,79	ns
Apoio social	79,91	31,31	75,05	41,01	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	91,23	18,31	100,00	0,00	<i>P</i> < 0,001
Satisfação do doente	82,15	21,75	86,70	18,85	ns
Função física	52,99	35,86	73,00	24,40	ns
Desempenho físico	41,86	33,89	60,00	31,35	ns
Dor	69,19	33,26	71,75	30,67	ns
Saúde geral	34,10	17,54	41,00	14,49	ns
Função emocional	61,45	21,45	56,50	25,61	ns
Desempenho emocional	64,14	30,78	75,00	31,91	ns
Função social	52,94	32,02	67,50	31,29	ns
Vitalidade	36,20	25,88	45,63	24,66	ns

Analisando os resultados da relação entre a percepção da qualidade de vida e o tempo de tratamento, parece verificar-se um aumento do nível de qualidade de vida à medida que aumenta o tempo em diálise. Estas diferenças são significativas para as dimensões referentes ao peso da doença renal, ao desempenho emocional e à função social, conforme é apresentado no *Quadro XIV*. A aplicação do teste de Scheffé mostra-nos a existência de dois grandes grupos, um até três meses e outro a partir de três meses de tratamento.

Em relação a estes resultados, podemos lembrar Lume (1986) quando explica e descreve a adaptação psicológica destes doentes em quatro fases: (i) a fase urémica, (ii) a fase de retorno do reino dos mortos, (iii) a fase de retorno ao meio dos vivos e (iv) a fase do antes viver que morrer. Esta quarta fase surge a partir dos três meses em que os doentes lutam por um estado normal, o que coincide com o período identificado nesta investigação com melhores índices de qualidade de vida. Por outro lado, Cunqueiro *et al.*

(2003) e Castro *et al.* (2003) afirmam nos seus estudos que o tempo em diálise se correlaciona de forma negativa com o valor da qualidade de vida.

No que respeita às doenças associadas à insuficiência renal e à relação que mantém com a percepção da qualidade de vida, constatamos, naturalmente, que os níveis médios de qualidade de vida são superiores no grupo dos que não têm doenças associadas, conforme está apresentado no *Quadro XV*. Através da aplicação do teste de diferença de médias observamos diferenças significativas para a maioria das dimensões.

Na mesma direcção, os resultados do *Quadro XVI* mostram que os valores médios de qualidade de vida são superiores no grupo que não tem doenças associadas e que decresce à medida que aumenta a comorbilidade.

No estudo de morbilidade e mortalidade da diálise já referido desenvolvido nos EUA com a aplicação do KDQOL (The USRDS Dialysis Morbidity and Mortality Study, 1997), os autores obtiveram resultados concordantes com os nossos, verificando-se tam-

Quadro XIV
Percepção da qualidade vida em relação ao tempo de tratamento

Dimensão	< 3 meses (n = 16)		3 meses a 1 ano (n = 44)		1 ano > (n = 171)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	74,22	15,92	79,40	17,20	78,74	14,65	ns
Efeitos da doença na vida diária	58,40	14,33	68,75	18,98	68,51	18,20	ns
Peso da doença renal	15,23	17,23	28,55	18,94	28,66	21,95	P < 0,05
Actividade profissional	9,38	27,20	9,10	22,29	20,47	35,43	ns
Função cognitiva	87,92	13,82	92,73	11,84	88,77	14,77	ns
Qualidade da interacção social	80,00	17,38	80,30	16,45	80,23	16,80	ns
Função sexual	58,93	31,22	78,41	39,56	75,00	34,73	ns
Sono	68,13	16,50	72,27	21,73	67,94	18,49	ns
Apoio social	81,31	34,33	69,72	39,45	82,11	28,81	ns
Encorajamento do pessoal da diálise	92,97	19,35	91,48	18,63	91,52	17,82	ns
Satisfação do doente	87,44	15,49	87,82	17,77	80,46	22,75	ns
Função física	45,94	37,20	53,41	37,32	54,71	35,18	ns
Desempenho físico	28,52	27,67	40,34	35,01	44,55	33,99	ns
Dor	55,31	32,25	72,44	34,41	69,80	32,69	ns
Saúde geral	36,56	15,68	35,34	21,20	33,95	16,61	ns
Função emocional	55,31	17,84	60,00	22,20	62,11	21,77	ns
Desempenho emocional	43,23	33,09	66,67	29,91	66,08	30,28	P < 0,05
Função social	38,28	32,10	48,30	32,53	56,36	31,55	P < 0,05
Vitalidade	30,47	23,81	36,65	28,93	37,17	25,27	ns

bém que os doentes diabéticos apresentavam menores índices de qualidade de vida do que os não diabéticos.

Castro *et al.* (2003) corroboram estes resultados e afirmam que as co-morbilidades constituem factores importantes na determinação da qualidade de vida. Nesta investigação não se estudou a influência das várias doenças associadas em separado, no entanto a doença associada com maior frequência é, de facto, a diabetes e, segundo este último autor, os doentes diabéticos apresentaram valores de qualidade de vida mais baixos do que os não diabéticos nas dimensões relacionadas com a capacidade funcional e com o estado geral de saúde.

Para a análise das complicações e da sua relação com a qualidade de vida, foi utilizado o coeficiente de correlação. Os resultados, apresentados no *Quadro XVII*, confirmam haver uma relação moderadamente significativa em quase todas as dimensões analisadas, indicando que à medida que o número de complicações aumenta diminui a percepção da qualidade de vida, ou seja os indivíduos com menor número de complicações são os que apresentam uma percepção da qualidade de vida mais favorável, o que só confirma a validade do instrumento de medição.

Esta relação negativa é mais forte nas dimensões que dizem respeito aos sintomas/problemas e na dor, afectando, em especial, a vitalidade e a saúde em

Quadro XV
Percepção da qualidade de vida em relação a doenças associadas

Dimensão	Sem doenças associadas (n = 101)		Com doenças associadas (n = 130)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Sintomas/problemas	81,25	15,21	76,46	14,97	$P < 0,05$
Efeitos da doença na vida diária	72,65	18,36	64,13	17,31	$P < 0,001$
Peso da doença renal	31,56	22,40	24,71	20,01	$P < 0,05$
Actividade profissional	26,73	38,45	10,38	26,19	$P < 0,001$
Função cognitiva	88,98	14,98	89,85	13,67	ns
Qualidade da interacção social	80,53	17,33	80,00	16,27	ns
Função sexual	81,12	29,13	64,93	40,07	$P < 0,05$
Sono	69,55	18,89	68,17	19,16	ns
Apoio social	86,51	24,11	74,40	35,72	$P < 0,01$
Encorajamento do pessoal da diálise	91,34	17,92	91,83	18,13	ns
Satisfação do doente	83,96	20,96	81,09	22,11	ns
Função física	62,67	34,20	47,00	35,35	$P < 0,001$
Desempenho físico	52,48	35,19	35,00	30,93	$P < 0,001$
Dor	75,82	31,48	64,23	33,54	$P < 0,01$
Saúde geral	37,92	16,66	31,65	17,62	$P < 0,01$
Função emocional	63,22	23,52	59,69	19,94	ns
Desempenho emocional	70,46	31,83	60,06	29,36	$P < 0,01$
Função social	65,10	31,59	44,62	29,57	$P < 0,001$
Vitalidade	43,13	27,11	31,54	23,72	$P < 0,001$

Quadro XVI
Percepção da qualidade de vida em relação ao número de doenças associadas

Número doenças associadas	n	Média	dp	Sig
Não tem doenças associadas	101	65,51	16,06	$P < 0,001$
Uma doença associada	87	57,77	15,24	
Duas doenças associadas	33	57,69	15,80	
Três ou mais doenças associadas	10	48,80	9,30	

geral. Elbagir *et al.* (1999) evidenciou, de uma forma semelhante, a influência negativa de diversas complicações na qualidade de vida relacionada com a saúde. As análises e os resultados anteriores evidenciam os vários impactos, a nível univariado e bivariado, das variáveis sociodemográfica e clínicas na percepção do estado de saúde dos doentes com insuficiência renal. Uma análise multivariada em que são tidas em conta as eventuais relações entre as variáveis, confirmou a influência do género na percepção do estado de saúde e da qualidade de vida e o peso da literacia, em especial nas dimensões associadas aos desempenhos físico e emocional, à vitalidade e à função social. Ser activo profissionalmente demonstrou também ter influência na percepção do desempenho físico e da saúde mental, para além de ter influência na vitalidade e na função social. Por fim, provavelmente pelo facto da insuficiência renal se sobrepor a

qualquer outra doença, a co-morbilidade influencia a função social dos doentes e, em menor escala, as dimensões físicas da qualidade de vida.

4. Conclusões

A insuficiência renal é uma doença crónica, que acarreta imensas alterações e desafios na vida diária destes doentes e que constitui uma companhia perpétua. O objectivo último do tratamento da insuficiência renal crónica não só deve ser prolongar a vida do doente, utilizando se necessário terapias de substituição da função renal, mas também proporcionar um maior grau de reabilitação com uma óptima qualidade de vida (Cuadrado, 2001).

É imprescindível a introdução da avaliação da qualidade de vida como indicador positivo dos cuidados

Quadro XVII
Correlação entre o número de complicações e a qualidade de vida

Dimensão	Correlação	Sig
Síntomas/problemas	-0,877	$P < 0,01$
Efeitos da doença na vida diária	-0,464	$P < 0,01$
Peso da doença renal	-0,379	$P < 0,01$
Actividade profissional	-0,302	$P < 0,01$
Função cognitiva	-0,145	$P < 0,05$
Qualidade da interacção social	-0,194	$P < 0,01$
Função sexual	-0,289	$P < 0,01$
Sono	-0,433	$P < 0,01$
Apoio social	-0,170	$P < 0,01$
Encorajamento do pessoal da diálise	-0,073	ns
Satisfação do doente	-0,042	ns
Função física	-0,352	$P < 0,01$
Desempenho físico	-0,373	$P < 0,01$
Dor	-0,541	$P < 0,01$
Saúde geral	-0,444	$P < 0,01$
Função emocional	-0,406	$P < 0,01$
Desempenho emocional	-0,410	$P < 0,01$
Função social	-0,413	$P < 0,01$
Vitalidade	-0,546	$P < 0,01$

de saúde, sendo, segundo Bowling (1995a), fundamentais e imprescindíveis as percepções dos indivíduos sobre a sua própria saúde.

Verifica-se, mais uma vez, que a qualidade de vida relacionada com a saúde 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 morbidade e, conseqüentemente, menor despesa.

Os resultados da presente investigação demonstram a influência de diversas variáveis na qualidade de vida dos insuficientes renais crônicos em diálise, como sejam o tipo de admissão, as variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de instrução, situação familiar, situação profissional, rendimento, área de proveniência e religião) e clínicas (tipo de tratamento, tempo de tratamento, doenças associadas e complicações).

Relativamente ao tipo de admissão seria, no entanto, necessário aprofundar outras questões relacionadas com a informação fornecida aos doentes e com a forma como estes são preparados para a diálise e para as alterações provocadas pela doença e tratamentos. Através deste estudo, a versão portuguesa do KDQOL-SF demonstrou poder ser considerada certificada na sua tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa e para Portugal.

□ Referências bibliográficas

ALMEIDA, J. M. C. — A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise : estudo da influência da personalidade e das matrizes familiar, sócio-cultural e terapêutica. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, 1985. Dissertação de Doutoramento.

ANES, E. M. — Qualidade de vida em diálise. Coimbra : Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2005. Dissertação de Mestrado.

BOWLING, A. — Measuring disease. Buckingham : Open University Press, 1995a.

BOWLING, A. — The concept of quality of life in relation to health. *Medicina nei Secoli Arte e Scienza*. 7 : 3 (1995b) 633-645.

CASTRO, M. *et al.* — Qualidade de vida com pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*. 49 : 3 (2003) 245-249.

COLLIER, J.; WATSON, A. R. — Renal failure in children : specific considerations in management. In MCGEE, H.;

BRADLEY, C. ed. lit. — Quality of life following renal failure. Amsterdam : Harwood Academic Publishers, 1994.

CUADRADO, G. B. M. D. — Unidad prédiálisis : concepto de una unidad multidisciplinar para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. In INTERNATIONAL CONGRESS OF NEPHROLOGY IN INTERNET, 2, November 5-30, 2001. Madrid : Spanish Society of Nephrology, 2001.

CUNQUEIRO, J. M. G. *et al.* — Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrologia*. 23 : 6 (2003) 528-537.

EISER, 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.

ELBAGIR, M. N. *et al.* — Health-related quality of life in insulin-treated diabetic patients in the Sudan. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 46 : 1 (1999) 65-73.

FERREIRA, P. L.; ROSETE, M. L. — Metodologia para avaliação cultural de instrumentos de medição do estado de saúde. In VÁZ, A.; PINTO, C. G.; RAMOS, F.; PEREIRA, J. ed. lit. — As reformas dos sistemas de saúde. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1996. 255-265.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. — Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa 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.

KIRSCHENBAUM, D. S. — Integration of clinical psychology into haemodialysis programs. In RÖZENSKY, R. H.; SWEET, J. J.; TOVIAN, S. M. ed. lit. — Handbook of clinical psychology in medical settings. New York : Plenum Press, 1991.

KIRSCHENBAUM, D. S. — Integration of clinical psychology into haemodialysis programs. In RÖZENSKY, R. H.; SWEET, J. J.; TOVIAN, S. M. ed. lit. — Handbook of clinical psychology in medical settings. New York : Plenum Press, 1991.

LLOYD, C. E.; ORCHARD, T. J. — Physical and psychological well-being in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 44 : 1 (1999) 9-19.

LUME, J. A. R. — Comportamento humano em situação artificial de vida : um trabalho de investigação em hemodiálise renal. Porto : Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 1986. Dissertação de Doutoramento.

MANNS, B. *et al.* — Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis : what are the important determinants? *Clinical Nephrology*. 60 : 5 (2003) 345-351.

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

The USRDS Dialysis Morbidity and Mortality Study : wave 2 [editorial]. United States Renal Data System. *American Journal of Kidney Disease*. 30 : 2 Suppl 1 (1997) S67-S85.

VÁZQUEZ, I. *et al.* — Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrologia*. 24 : 2 (2004) 167-78.

VIDAL, M. R.; SALAS, M. C.; ESCOBAR, J. M. — Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*. 11 : 2 (2005) 47-57.

WASSERFALLEN, J. B. *et al.* — Quality of life on chronic dialysis : comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 19 : 6 (2004) 1594-1599.

□ Abstract

QUALITY OF LIFE IN DIALYSIS

This paper aims at describing and comparing the health-related quality of life of renal disease patients under dialysis, according to the different types of admission.

A non-experiment, cross-sectional and descriptive study was based on a sample ($n = 231$) of individuals with chronic renal disease who were in dialytic treatment in the northeast of Portugal. We used the Portuguese version of the KDQOL, composed by a generic health status measure — the SF-36 — and a specific measure — the ESRD.

The majority of the studied population were male (56.3%), married (68.4%), retired (84.9%), living in rural areas (67.4%) and with a low level of literacy (89.1%). Respondents' age ranged from 18 to 88 years old, with a mean of 61.6 years and a median of 65 years of age.

The time on dialysis of these patients range from 15 days to 24 years and the most prevalent type of treatment was the

haemodialysis (94.8%). The majority of the patients showed co-morbidity (56.3%) and complications (91.8%), being diabetes the most cited associated disease (26.4%). Tiredness (69.7%), numbness in hands or feet (58.9%), cramps (54.5%), soreness in the muscles (52.4%) and itchy skin (51.5%) were the most refereed complications.

Pre-scheduled patients for dialysis showed a more satisfactory quality of life compared to patients urgently admitted. Significant statistical differences were found on professional activities, physical role, emotional role, social function and vitality. The results also showed a negative impact of some socio-demographic and medical variables.

In this research we recognised the importance of the health-related quality of life assessment as an indicator of healthcare excellence by the point of view of patients.

Keywords: quality of life; renal failure; dialysis; KDQOL.