



Miranda do Douro

**Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa
Maria Maior**

Escola Superior de Saúde / IPB

LIVRO DE ATAS (EBOOK)

COORDENADORES:

Adília da Silva Fernandes

Carlos Pires Magalhães

Maria Augusta Pereira da Mata

Maria Helena Pimentel

Maria Gorete Baptista

FICHA TÉCNICA

Título

Dilemas atuais e desafios futuros | I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

Autores/Editores

Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata;
Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

Editora

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Data

Setembro de 2012

ISBN

978-972-745-144-9

Esta edição é publicada pela Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Agência Nacional ISBN

Dilemas atuais e desafios futuros - I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

editado por Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata; Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

ISBN 978-972-745-144-9

Editora: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Prefixo da Editora: 972-745-

Livro em 1 volume, 259 páginas

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, electrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

© 2012 by ESSa - IPB

ISBN 978-972-745-144-9

ORGANIZAÇÃO

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior | Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Bragança

COMISSÃO CIENTÍFICA

Francisco Centeno (SCM Miranda do Douro)

Paula Martins (SCM Miranda do Douro)

Elisabete Lavrador (SCM Miranda do Douro)

Adília da Silva Fernandes (ESSa-IPB)

Carlos Pires Magalhães (ESSa-IPB)

Maria Augusta Pereira da Mata (ESSa-IPB)

Maria Helena Pimentel (ESSa-IPB)

Maria Gorete Baptista (ESSa-IPB)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Equipa Multidisciplinar da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

05. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS SUBMETIDOS A DIÁLISE

**Eugénia Maria Garcia Jorge Anes¹, Maria de Fátima Pereira Geraldes², Maria Isabel Fernandes Praça²,
Sandra Cristina Mendo Moura², Manuel Alberto Morais Brás¹**

¹Escola Superior de saúde, NIII, Instituto Politécnico de Bragança.

²Enfermeira ULSNE.

Resumo

O crescimento da população idosa é uma realidade crescente dos países desenvolvidos, começando também a verificar-se nos países em desenvolvimento. O envelhecimento populacional constitui um dos determinantes que justificam o aumento do número de doentes em diálise (Kusumoto, Marques, Haas, Rodrigues; 2008). A doença tem impacto em várias áreas: a nível relacional e social, esquema terapêutico rigoroso, mudança de hábitos de vida, dependência de uma máquina, além de limitações na sua vida diária como perda do emprego, alterações da imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas. As limitações e complicações resultantes desta prática tendem a aumentar com a idade. Os resultados da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, tentam quantificar as consequências da doença e dos tratamentos, de acordo com diversas dimensões, para as quais se podem e devem direccionar ações específicas dos cuidados de saúde. Justificando-se assim, a pertinência da investigação da qualidade de vida nos idosos em hemodiálise.

Pretendeu-se avaliar a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos em hemodiálise e verificar a sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Desenvolveu-se um estudo não experimental, transversal e correlacional. Desenvolvido numa amostra de 150 doentes em hemodiálise no Nordeste de Portugal. A colheita de dados decorreu em 2007. O instrumento de colheita de dados utilizado para caracterização da população foi o Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM), ao qual foram associadas questões sociodemográficas e clínicas.

Foram encontradas diferenças entre os escores médios em relação ao sexo e à idade, com significância estatística nas dimensões do KDQOL-SFTM: Funcionamento físico, Função física, emocional, saúde geral e vitalidade; em relação às habilitações, em todas as dimensões com exceção da dor, saúde geral e função emocional; em relação ao tempo em diálise, doenças associadas e complicações, existem diferenças com significância estatística em todas as dimensões físicas, dor e saúde geral.

Nos idosos, os escores de qualidade de vida são inferiores aos encontrados na população de diálise, em praticamente todas as dimensões. Com exceção da variável rendimento, foi encontrada relação significativa entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde. Os resultados da presente investigação são corroborados por Kusumoto, Marques, Haas e Rodrigues em 2008 e Anes em 2011. Justificando-se a importância da utilização deste indicador na avaliação da prática dos cuidados.

Palavras-chave: Perceção do estado de saúde; Qualidade de vida; Diálise; Insuficiência renal crónica; Idosos.

Abstrat

The growth of the elderly population is a growing reality in developed countries, but are beginning to occur in developing countries. Population aging is one of the determinants that justify the increased number of patients on dialysis (Kusumoto, Marques, Haas, Roberts, 2008). The disease has impact on several areas: the social and relational level, therapeutic regimen, changing lifestyle habits, dependence on a machine, and limitations in their daily lives as job loss, changes in body image, dietary restrictions and liquids. The limitations and complications resulting from this practice tend to increase with age. The results of the assessment of quality of life related to health, try to quantify the consequences of the disease

and treatments, according to several dimensions, for which they can to direct specific actions of healthcare. Justifying thus the relevance of the research in quality of life in elderly hemodialysis.

It was intended to evaluate the perception of quality of life related to health of elderly patients on hemodialysis and verify their relationship to sociodemographic and clinical variables.

We developed a non-experimental, correlational and transversal study, in a sample of 150 patients on hemodialysis in the Northeast of Portugal. Data collection took place in 2007. The data collection instrument used to characterize the population was the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SFTM), which were completed with sociodemographic and clinical issues.

Differences were found between the mean scores in relation to gender and age, with statistical significance in the KDQOL-SFTM dimensions: physical functioning, role physical, emotional, general health and vitality; regarding qualifications, in all dimensions except pain, general health and emotional function, in relation to time on dialysis, associated diseases and complications, there are difference of statistical significance in all physical dimensions, pain and general health.

In the elderly, quality of life scores are lower than those found in the dialysis general population, in almost all dimensions. With the exception of the variable income, a significant relationship was found between the sociodemographic and clinical variables and the perception of quality of life related to health. The results of this study are corroborated by Kusumoto, Marques, Haas and Roberts in 2008 and Anes in 2011. Justifying the use of this important indicator in assessment of health care.

Keywords: Perception of health status; Quality of life; Dialysis; Chronic renal failure; Seniors.

Introdução

Desde meados do século XX tem-se verificado um crescimento astronómico do envelhecimento da população. Imensos fatores têm contribuído para esta realidade, como sejam as alterações demográficas, baixa fecundidade, aumento da longevidade e esperança de vida.

O envelhecimento da população acarretou alterações epidemiológicas no perfil de morbi-mortalidade da população, onde se verificou a substituição das doenças infecto-contagiosas por doenças crônicas não-transmissíveis, com implicações ao nível do estado de saúde dos idosos.

As alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam doença, mas a probabilidade de seu aparecimento aumenta com a idade, uma vez que o envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis aos processos patológicos, caracterizando a senilidade (Hayflick, 1996).

Alguns destes processos patológicos predis põem à doença renal no idoso. E as alterações anatômicas e fisiológicas nos rins, decorrentes do processo de envelhecimento renal, constituem um agravante para a patologia renal no idoso, aumentando a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos (Lessa , 1998; Smeltzer, Bare, Brunner & Suddarth, 1998).

A IRC é o resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna do organismo (Riella, 1996), necessitando por conseguinte de tratamento de substituição da função renal.

Nesta prática são frequentes as angústias, os medos e inseguranças e, também a presença de outras doenças e complicações causadas pelas limitações da própria doença e do tratamento, com consequentes implicações ao nível emocional e físico.

Procuramos nesta investigação identificar qual a percepção do estado de saúde dos idosos em diálise, através da sua relação com fatores sociodemográficos e clínicos.

Método

Foi desenvolvido um estudo não experimental, analítico e transversal numa amostra de 150 idosos (77,58% da população), com insuficiência renal crónica em tratamento dialítico em unidades de diálise do Nordeste Transmontano, os quais obedeciam aos critérios de inclusão.

Foi efetuado um contacto pessoal com todos os idosos. Foram apresentados os objetivos e propósitos da investigação, foi explicada a importância da contribuição de cada um, realçando o carácter voluntário da participação, a garantia de confidencialidade, disponibilidade de esclarecimento de qualquer dúvida e agradecimento pela participação. A colheita de dados foi precedida da obtenção do consentimento informado.

O instrumento de colheita de dados foi constituído por uma medida específica de avaliação da qualidade de vida, validado para a população portuguesa o Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SFTM) (Ferreira & Anes, 2010). Para melhor caracterização dos doentes, foram associadas algumas questões sociodemográficas e clínicas.

Resultados/Discussão

Dos 150 participantes no estudo, a maioria eram homens (58%), viúvos (60%), viviam sós (26%), tinham um baixo nível de escolaridade (39% analfabetos) e rendimentos (32% com rendimento abaixo de 250€). A idade dos inquiridos varia entre los 65 e 88 anos. O tempo de tratamento em diálise oscila entre los 6 meses e 20 anos. A maioria dos doentes refere outras doenças associadas (65%), sendo a diabetes a doença mais mencionada (49%). Todos os doentes referem complicações resultantes da doença ou dos tratamentos. Em termos de caracterização global para a perceção do estado de saúde, obtivemos um valor médio de 62,56, com desvio padrão de 12,45 e o valor da mediana encontra-se muito próximo da média (62,49). O valor mínimo encontrado foi 21,03 e o máximo foi 92,10 (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização global da perceção do estado de saúde.

N	Média	DP	Mediana	Min.	Max.
150	62,56	12,45	62,49	21,03	92,10

Por dimensões, a perceção do estado de saúde (Quadro 2) do KDQOL-SFTM evidencia limitações em áreas de desempenho pessoal, como seja a atividade profissional, o peso da doença renal, a saúde em geral, a vitalidade e o desempenho físico. Com resultados intermédios ressaltam a função social e o funcionamento físico. As restantes dimensões apresentam valores médios superiores a 60.

Castro, Caiuby, Draibe e Canziani, em 2003 utilizando o questionário genérico SF-36 em 184 pacientes, concluíram que os menores valores médios observados se verificavam nas dimensões aspetos físicos e vitalidade. Resultados que também foram corroborados por Anes & Ferreira em 2009 e Anes & Vicente Castro em 2010.

Quadro 2 - Médias relativas às dimensões do KDQOL-SFTM1.3.

Dimensão	Média
Sintomas/problemas	73,6
Efeitos da doença renal	65,7
Peso da doença renal	22,4
Atividade profissional	10,65
Função cognitiva	87,8
Qualidade de interação social	79,2
Função sexual	73,9
Sono	68,4
Apoio social	78,6
Encorajamento do pessoal da diálise	89,6
Satisfação doente	81,9
Função física	53,5
Desempenho físico	38,76
Dor	68,3
Saúde geral	29,34
Função emocional	60,2
Desempenho emocional	63,6
Função social	51,9
Vitalidade	34,67

Relativamente à perceção do estado de saúde em relação ao género, em termos globais, os homens apresentam melhores pontuações do que as mulheres. Através dos resultados do teste *t*, podemos concluir que as diferenças entre os dois sexos são estatisticamente significativas, pois os valores de prova são inferiores a 5% (Quadro 3).

Analisando os resultados da perceção do estado de saúde em relação ao género por dimensões, verificamos que os valores médios são superiores no sexo masculino (Quadro 4).

Quadro 3 - Perceção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao género.

Género	Perceção do estado de saúde	
Feminino N=63	Média	56,10
	Desvio Padrão	12,56
Masculino N=87	Média	64,17
	Desvio Padrão	12,01
Teste <i>t</i>	<i>t</i>	-4,790
	p	0,000

Quadro 4 - Percepção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao género por dimensões.

Dimensão	Género	Feminino n=63		Masculino n=87		Teste <i>t</i>	
		Média	S	Média	S	t	p
Sintomas/lista problemas		70,45	15,65	79,10	12,53	-6,176	0,000
Efeitos da doença na vida diária		62,24	14,12	68,31	15,51	-3,254	0,020
Peso da doença renal		22,23	19,42	29,54	18,75	-2,364	0,053
Atividade profissional		12,79	24,29	18,48	28,90	-0,978	0,848
Função cognitiva		74,34	15,00	75,53	14,46	-0,488	0,736
Qualidade da interação social		75,44	16,21	78,79	16,33	-1,860	0,193
Função sexual		64,64	34,43	69,67	33,16	-0,453	0,624
Sono		62,83	17,78	68,73	17,36	-3,428	0,002
Apoio social		76,52	30,65	78,35	30,62	-0,485	0,670
Encoraj. do pessoal da diálise		89,23	18,65	90,12	17,98	-0,345	0,673
Satisfação do doente		80,63	20,65	82,36	19,80	-3,229	0,050
Função física		41,28	31,11	58,97	30,63	-4,786	0,000
Desempenho físico		30,02	29,89	49,18	33,38	-4,057	0,000
Dor		59,00	31,57	71,44	29,73	-3,989	0,000
Saúde geral		29,42	15,34	33,47	16,53	-4,167	0,000
Função emocional		54,74	21,30	61,32	19,34	-3,331	0,001
Desempenho emocional		55,59	29,84	68,35	28,31	-3,538	0,000
Função social		42,76	29,57	60,15	27,36	-4,200	0,000
Vitalidade		29,18	24,37	39,49	24,84	-4,489	0,000

Os resultados da aplicação do teste *t* mostram haver diferenças significativas para a maioria das dimensões, à exceção da atividade profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual, apoio social e encorajamento do pessoal da diálise.

Estes resultados são corroborados por Cunqueiro, Cortés, Foronda, Borrego, Perales, Pérez del Barrio, et al, em 2003 e Anes e Ferreira em 2009, que também referem nos idosos serem as mulheres quem apresentam piores, com significado estatístico na dimensão função física, desempenho físico, dor, função social e vitalidade.

Para a idade foram constituídos três grupos etários: 65 - 74 anos, 75 - 84 anos e maior ou igual a 85 anos.

Constatamos que a percepção do estado de saúde, varia no sentido inverso da idade, ou seja, o grupo com menor idade é o que apresenta maior qualidade de vida.

O teste *Anova* mostra-nos a existência de diferenças significativas (Quadro 5) entre as médias dos vários grupos etários ($p < 0,000$).

Numa análise dimensional, parece observar-se um decréscimo da percepção do estado de saúde à medida que a idade aumenta.

Quadro 5 - Percepção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação à idade.

Idade	Percepção do estado de saúde	
65 -74 anos n=67	Média	74,14
	Desvio Padrão	11,21
75 -84 anos n=59	Média	62,15
	Desvio Padrão	14,08
≥ 85 anos n=24	Média	55,65
	Desvio Padrão	14,64
Test <i>Anova</i>	f	16,674
	p	0,000

A aplicação do teste *Anova* mostra-nos que as diferenças são significativas para a maioria das dimensões (Quadro 6), com exceção da função cognitiva, qualidade da interação social, apoio social e encorajamento do pessoal da diálise, em que o valor de prova é superior a 5%.

Quadro 6 - Percepção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação à idade, por dimensão.

Idade	65 -74 anos n=67		75 -84 anos n=59		≥ 85 anos n=24		Test <i>Anova</i>	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	f	p
Sintomas/Problemas	79,95	11,97	64,55	14,74	60,88	10,65	7,762	0,000
Ef. doença na vida diária	68,20	15,52	56,75	17,04	56,65	14,63	3,367	0,030
Peso da doença renal	30,67	20,85	24,83	18,73	24,64	15,77	9,756	0,000
Atividade profissional	3,64	36,37	2,87	17,50	1,57	9,28	46,773	0,000
Função cognitiva	83,75	14,45	69,79	14,34	68,79	10,86	0,204	0,766
Qualidade inter. social	79,44	15,82	80,38	15,38	72,79	11,66	0,479	0,543
Função sexual	58,37	12,34	57,93	29,24	56,33	22,74	6,675	0,001
Sono	70,54	14,49	60,85	15,52	59,43	14,09	3,340	0,009
Apoio social	81,42	21,01	81,89	28,17	74,75	23,36	0,700	0,389
Encoraj. pessoal diálise	90,99	17,90	92,47	16,60	88,53	13,64	0,235	0,766
Satisfação do doente	86,65	15,43	78,27	19,62	76,18	16,63	3,542	0,039
Função física	45,59	20,08	44,71	30,21	43,47	28,72	13,548	0,000
Desempenho físico	34,38	22,06	33,87	31,57	32,08	25,38	11,785	0,000
Dor	62,74	24,46	61,66	31,79	60,01	24,71	6,254	0,002
Saúde geral	34,73	15,87	33,29	16,62	32,92	13,72	3,754	0,019
Função emocional	59,86	18,76	58,75	21,41	20,83	16,65	5,863	0,002
Desempenho emocional	60,72	22,42	59,79	29,75	57,92	22,19	5,900	0,002
Função social	45,29	19,99	44,31	29,62	42,94	21,13	17,853	0,000
Vitalidade	29,73	18,36	28,84	24,17	27,32	16,79	19,322	0,000

Confirma-se que a percepção do estado de saúde diminui à medida que a idade aumenta. Significa, que são os grupos com indivíduos com menos idade que apresentam maiores índices. Estes resultados estão em concordância com o referido por Anes e Ferreira e Anes e Vicente castro, em 2009 e 2010 respetivamente.

Para a confrontação da percepção do estado de saúde e o nível de instrução, procedeu-se ao reagrupamento das habilitações em três grupos: até ao ensino básico, ensino básico e secundário e ensino médio e superior.

Parecem observar-se pontuações de percepção do estado de saúde mais elevadas para os indivíduos com maiores habilitações. Os resultados dos testes estatísticos (*Anova*) mostram haver diferenças significativas entre as médias dos grupos com diferentes habilitações (Quadro 7).

Quadro 7 - Percepção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao nível de instrução.

Nível de instrução	Percepção do estado de saúde	
Até ao ensino básico n=59	Média	52,04
	Desvio Padrão	13,54
Ensino básico e secundário n=86	Média	62,29
	Desvio Padrão	13,65
Ensino médio e superior n=5	Média	62,83
	Desvio Padrão	17,52
Test <i>Anova</i>	f	20,156
	p	0,000

Analisando as dimensões do KDQOL-SFTM1.3 em relação ao nível de instrução, parecem observar-se valores mais baixos de percepção do estado de saúde no grupo de menores habilitações, para grande parte das dimensões. No Quadro 8 podemos observar os resultados do teste *Anova*, que nos mostram, que estas diferenças são significativas para a maioria das dimensões, com exceção da função cognitiva, qualidade da interação social, apoio social, encorajamento do pessoal da diálise e satisfação do doente, em que o valor de prova é superior a 5%.

Segundo Neves (2000), o maior nível de instrução significa mais informação, mais conhecimentos, podendo assim contribuir para melhor promover a saúde e prevenir a doença.

Para verificar a variação da percepção do estado de saúde relacionada com o estado civil reagruparam-se os respondentes em três grupos: casados, viúvos e solteiros.

Parecem observar-se pontuações mais elevadas para os indivíduos que possuem companheiro. Os resultados estatísticos do teste *t* mostram haver diferenças significativas entre as médias da percepção do estado de saúde em cada grupo, uma vez que o valor de prova é inferior a 0,05 (Quadro 9).

Quadro 8 - Perceção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao nível de instrução, por dimensões.

Dimensão	Até ao ensino básico n=59		Ensino básico e sec. n=86		Ensino médio e superior n=5		teste <i>Anova</i>	
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p
Sintomas/Problemas	71,56	14,77	72,53	13,77	74,34	17,23	11,000	0,000
Efeitos da doença na vida diária	62,95	15,37	68,33	16,56	69,53	21,08	7,009	0,003
Peso da doença renal	21,50	13,84	27,30	19,76	34,88	23,38	8,072	0,000
Atividade profissional	8,99	11,10	12,86	22,43	28,63	55,00	21,016	0,000
Função cognitiva	73,25	12,73	80,42	15,46	86,86	22,00	0,231	0,844
Qualidade da interação social	70,31	14,84	71,43	14,65	72,53	13,08	0,944	0,422
Função sexual	47,38	29,09	78,33	25,77	80,80	19,65	5,933	0,007
Sono	65,33	18,89	64,48	15,16	67,60	18,56	3,297	0,040
Apoio social	64,16	29,00	67,99	25,12	67,64	40,05	2,622	0,078
Encoraj. do pessoal da diálise	93,21	13,18	90,72	18,98	83,83	11,00	1,142	0,283
Satisfação do doente	80,29	17,86	80,63	20,08	74,46	25,03	0,297	0,654
Função física	39,11	28,44	44,54	30,01	55,86	17,45	15,471	0,000
Desempenho físico	28,82	26,64	33,64	28,09	42,87	33,10	17,729	0,000
Dor	51,49	30,87	64,87	26,24	65,03	35,16	4,296	0,010
Saúde geral	21,48	14,65	28,11	14,51	31,77	19,04	6,403	0,002
Função emocional	46,02	16,43	54,16	19,08	58,57	24,67	5,033	0,006
Desempenho emocional	50,00	27,57	59,53	22,08	64,32	30,34	11,229	0,000
Função social	37,16	21,85	58,62	27,43	63,18	30,14	25,740	0,000
Vitalidade	24,52	19,01	31,69	25,00	35,32	24,50	21,592	0,000

Quadro 9 - Perceção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao estado civil.

Estado civil	Perceção do estado de saúde	
Casados/C. companheiro n=50	Média	62,70
	Desvio Padrão	15,22
Viúvos n=90	Média	57,54
	Desvio Padrão	16,43
Solteiros n=10	Média	54,43
	Desvio Padrão	17,10
Test <i>Anova</i>	f	3,437
	p	0,009

Analisando os resultados da perceção da qualidade de vida e a relação com o estado civil por dimensões, verificamos que os utentes que afirmam ter companheiro apresentam pontuações superiores.

Os resultados da aplicação do teste *Anova* mostram haver diferenças significativas em mais de metade das dimensões, à exceção da atividade profissional, função sexual, função física, desempenho físico e vitalidade (Quadro 10).

Quadro 10 - Perceção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação estado civil por dimensões.

Dimensão	Estado civil		Casado/Com Companheiro n=90		Viúvo n=50		Solteiros n=10		Teste <i>Anova</i>	
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p		
Sintomas/Problemas	79,59	14,66	66,31	16,83	65,44	15,45	2,499	0,050		
Efeitos da doença vida diária	67,52	18,46	65,58	17,83	63,58	17,34	-3,408	0,004		
Peso da doença renal	28,36	22,15	26,28	19,46	26,66	20,45	3,758	0,002		
Atividade profissional	18,99	34,61	14,39	29,44	14,00	30,59	1,044	0,298		
Função cognitiva	89,58	14,96	89,22	12,60	79,61	13,32	2,176	0,001		
Qualidade da interação social	80,84	15,92	78,90	18,32	74,64	17,43	1,820	0,002		
Função sexual	72,00	35,82	70,75	17,68	69,57	20,00	-0,612	0,411		
Sono	68,77	18,59	67,80	20,03	63,65	19,72	-2,013	0,009		
Apoio social	74,65	25,54	68,97	40,21	65,23	35,43	3,058	0,003		
Encoraj. do pessoal da diálise	92,09	18,36	90,58	17,28	84,65	16,66	1,590	0,005		
Satisfação do doente	82,11	22,13	80,85	20,60	76,49	19,64	-1240	0,011		
Função física	59,43	33,06	41,78	38,20	39,54	31,70	0,403	0,101		
Desempenho físico	46,04	33,06	35,27	34,80	34,65	32,63	0,264	0,065		
Dor	71,42	32,82	64,69	33,42	61,67	30,65	2,441	0,050		
Saúde geral	34,41	16,96	32,19	18,41	30,64	17,95	1,905	0,043		
Função emocional	64,27	20,35	54,66	22,87	54,93	19,60	2,208	0,002		
Desempenho emocional	67,46	29,44	58,45	33,03	57,32	28,59	2,080	0,039		
Função social	56,80	31,34	46,57	32,69	44,87	28,99	2,275	0,024		
Vitalidade	39,44	25,38	30,48	25,96	30,12	25,60	2,476	0,014		

As normas Portuguesas do SF-36 em 2003 (Ferreira & Santana; 2003) e Anes e Ferreira em 2009 corroboram estes resultados, atribuindo melhores pontuações aos indivíduos com companheiro.

Para verificar a variação da perceção do estado de saúde relacionado com o rendimento reagruparam-se os participantes em quatro grupos: até 250€, entre 250 e 500€ e superior a 500€.

Parecem observar-se melhores pontuações nos indivíduos com rendimentos mais elevados. Os resultados estatísticos do teste *Anova* mostram haver diferenças significativas entre as médias da perceção do estado de saúde em cada grupo uma vez que o valor de prova é inferior a 0,05 (Quadro 11).

Numa análise dimensional por grupo de rendimento, parece observar-se um acréscimo da perceção do estado de saúde à medida que aumenta o rendimento, para grande parte das dimensões.

Quadro 11 - Perceção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao rendimento.

Rendimento	Perceção do estado de saúde	
Até 250€ n=48	Média	59,97
	Desvio Padrão	15,09
Entre 250-500€ n=80	Média	62,96
	Desvio Padrão	16,08
Superior a 500€ n=22	Média	66,36
	Desvio Padrão	16,77
Teste <i>Anova</i>	f	1,963
	p	0,063

Através da aplicação do teste *Anova* verificamos que não existem diferenças significativas entre os vários grupos de rendimento e a perceção do estado de saúde (Quadro 12).

Quadro 12 - Perceção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao rendimento por dimensões.

Rendimento	Até 250€ n=48		250-500€ n=80		>500€ n=22		Teste <i>Anova</i>	
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p
Sint./Problemas	77,17	15,39	76,67	16,68	82,13	13,64	1,401	0,243
E. da doença na vida diária	70,58	17,62	66,09	16,65	69,41	21,51	0,793	0,499
Peso da doença renal	28,80	18,80	24,39	22,32	30,53	22,78	0,837	0,475
Atividade profissional	11,96	26,21	13,11	28,73	27,88	41,32	2,549	0,057
Função cognitiva	87,39	13,05	88,31	13,70	91,54	15,00	0,905	0,439
Q da interação social	79,57	16,05	79,45	18,47	82,18	14,45	0,310	0,818
Função sexual	82,14	32,79	67,61	36,53	83,55	30,63	1,185	0,321
Sono	66,74	21,00	68,52	20,90	71,59	14,89	0,573	0,634
Apoio social	67,02	39,55	78,50	30,47	91,06	21,98	0,972	0,462
E. do pessoal da diálise	90,49	15,85	91,60	17,93	91,83	20,24	0,086	0,968
Satisfação do doente	85,07	20,61	82,21	23,15	82,04	21,86	0,345	0,793
Função física	56,74	35,42	50,66	35,55	61,92	36,44	1,632	0,183
Desempenho físico	39,54	31,18	37,70	31,46	53,85	39,18	2,580	0,054
Dor	65,00	31,12	67,95	34,29	74,62	31,96	0,738	0,531
Saúde geral	32,72	15,52	31,64	17,81	40,96	17,80	1,342	0,120
Função emocional	60,00	19,17	57,05	19,86	67,60	20,73	2,361	0,072
Desempenho emocional	66,30	29,08	55,46	32,95	75,32	29,61	1,116	0,087
Função social	54,62	31,77	50,41	28,77	60,82	35,18	1,348	0,260
Vitalidade	31,66	25,12	31,66	22,56	47,35	28,10	2,009	0,064

Anes e Ferreira em 2009 encontraram diferenças significativas em doentes renais crónicos, com melhores pontuações para os grupos com rendimentos mais elevados.

Para a análise da percepção do estado de saúde com o tempo em diálise foram constituídos apenas três grupos até três meses, de três meses a um ano e mais de um ano, devido à reduzida dimensão dos grupos abaixo de 3 meses.

Constatamos que a percepção do estado de saúde, aumenta à medida que aumenta o tempo em diálise (Quadro nº 13). Constatamos através do teste de *ANOVA* que existem diferenças significativas entre as médias dos vários grupos ($p < 0,05$).

Quadro 13 - Percepção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao tempo de tratamento.

Tempo de tratamento	Percepção do estado de saúde	
Até três meses n=35	Média	50,18
	Desvio Padrão	13,68
Três meses a um ano n=75	Média	57,79
	Desvio Padrão	16,98
Mais de um ano n=40	Média	59,36
	Desvio Padrão	15,97
Teste <i>Anova</i>	f	2,467
	p	0,050

Numa análise dimensional por intervalo de tempo de tratamento, parece observar-se que a variação da percepção do estado de saúde se verifica no mesmo sentido do tempo de tratamento em diálise, para grande parte das dimensões.

Quadro 14 - Percepção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação ao tempo de tratamento, por dimensão.

Tempo de tratamento Dimensão	Até três meses		Três meses a um ano		Mais de um ano		Teste <i>Anova</i>	
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p
Sintomas/Problemas	74,22	15,92	79,40	17,20	78,74	14,65	0,728	0,485
Efeitos da doença na vida diária	58,40	14,33	68,75	18,98	68,51	18,20	2,343	0,098
Peso da doença renal	15,23	17,23	28,55	18,94	28,66	21,95	2,994	0,050
Atividade profissional	9,38	27,20	9,10	22,29	20,47	35,43	2,631	0,074
Função cognitiva	87,92	13,82	92,73	11,84	88,77	14,77	1,459	0,235
Qualidade da interação social	80,00	17,38	80,30	16,45	80,23	16,80	0,002	0,998
Função sexual	58,93	31,22	78,41	39,56	75,00	34,73	0,757	0,472
Sono	68,13	16,50	72,27	21,73	67,94	18,49	0,919	0,400
Apoio social	81,31	34,33	69,72	39,45	82,11	28,81	2,739	0,067
Encoraj. do pessoal da diálise	92,97	19,35	91,48	18,63	91,52	17,82	0,048	0,953
Satisfação do doente	87,44	15,49	87,82	17,77	80,46	22,75	2,537	0,081
Função física	45,94	37,20	53,41	37,32	54,71	35,18	0,445	0,641
Desempenho físico	28,52	27,67	40,34	35,01	44,55	33,99	1,772	0,172
Dor	55,31	32,25	72,44	34,41	69,80	32,69	1,657	0,193
Saúde geral	36,56	15,68	35,34	21,20	33,95	16,61	0,243	0,785
Função emocional	55,31	17,84	60,00	22,20	62,11	21,77	0,811	0,446
Desempenho emocional	43,23	33,09	66,67	29,91	66,08	30,28	4,256	0,015
Função social	38,28	32,10	48,30	32,53	56,36	31,55	3,118	0,046
Vitalidade	30,47	23,81	36,65	28,93	37,17	25,27	0,490	0,613

Como podemos observar no Quadro 14, a aplicação do teste Anova mostra-nos que as diferenças são significativas apenas para três dimensões peso da doença renal, desempenho emocional e função social, em que o valor de prova é inferior a 5%.

Cunheiro e Castro em estudos diferentes desenvolvidos em 2003, afirmam que o tempo de tratamento se correlaciona de forma negativa com a perceção do estado de saúde.

Relativamente às doenças associadas, foram constituídos dois grupos. Um não tem doenças associadas, outro tem doenças associadas.

Em termos globais, os doentes sem outras doenças associadas apresentam melhor nível de perceção do estado de saúde.

Através dos resultados do teste *t*, podemos concluir que as diferenças entre os indivíduos dos dois grupos são estatisticamente significativas, uma vez que os valores de prova são inferiores a 5% (Quadro 15).

Quadro 15 - Perceção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação a doenças associadas.

Doenças associadas	Perceção do estado de saúde	
Não tem doenças associadas n=47	Média	64,51
	Desvio Padrão	16,06
Tem doenças associadas n=103	Média	52,06
	Desvio Padrão	15,12
Teste <i>t</i>	<i>t</i>	5,100
	p	0,000

Analisando os resultados da perceção do estado de saúde em relação às doenças associadas de por dimensões, verificamos que a perceção é superior no grupo que não tem doenças associadas.

Os resultados da aplicação do teste *t* mostram haver diferenças significativas para a maioria das dimensões, com exceção da função cognitiva, qualidade da interação social, sono, encorajamento do pessoal da diálise, satisfação do doente e bem-estar emocional (Quadro 16).

Estes resultados estão em concordância com as conclusões dum estudo desenvolvido pelo Governo dos EUA (1997), constituindo as comorbilidades fator agravante do estado de saúde.

Quadro 16 - Percepção do estado de saúde: KDQL-SFTM1.3 em relação a doenças associadas por dimensões.

Doenças associadas Dimensão	Não tem doenças associadas n=47		Tem doenças associadas n=103		Teste <i>t</i>	
	Média	S	Média	S	t	p
Sintomas/Problemas	81,25	15,21	76,46	14,97	2,396	0,017
Efeitos da doença na vida diária	72,65	18,36	64,13	17,31	3,612	0,000
Peso da doença renal	31,56	22,40	24,71	20,01	2,448	0,015
Atividade profissional	26,73	38,45	10,38	26,19	3,664	0,000
Função cognitiva	88,98	14,98	89,85	13,67	-0,460	0,646
Qualidade da interação social	80,53	17,33	80,00	16,27	0,238	0,812
Função sexual	81,12	29,13	64,93	40,07	2,045	0,045
Sono	69,55	18,89	68,17	19,16	0,547	0,585
Apoio social	86,51	24,11	74,40	35,72	3,069	0,002
Encorajamento do pessoal da diálise	91,34	17,92	91,83	18,13	-0,205	0,838
Satisfação do doente	83,96	20,96	81,09	22,11	1,000	0,318
Função física	62,67	34,20	47,00	35,35	3,390	0,001
Desempenho físico	52,48	35,19	35,00	30,93	3,945	0,000
Dor	75,82	31,48	64,23	33,54	2,675	0,008
Saúde geral	37,92	16,66	31,65	17,62	2,745	0,007
Função emocional	63,22	23,52	59,69	19,94	1,232	0,219
Desempenho emocional	70,46	31,83	60,06	29,36	2,573	0,011
Função social	65,10	31,59	44,62	29,57	5,069	0,000
Vitalidade	43,13	27,11	31,54	23,72	3,461	0,001

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para verificar a associação entre o número de complicações e a percepção do estado de saúde. Como R é igual a $-0,689$ significa que existe uma moderada¹ associação negativa entre as variáveis. A correlação verificada entre o número de complicações e a qualidade de vida é negativa, indicando que quando o número de complicações aumenta, a percepção do estado de saúde diminui. Como o nível de significância do teste é $0,01$, valor inferior a $0,05$, então a moderada associação linear entre o número de complicações e a qualidade de vida é estatisticamente significativa.

Numa análise dimensional, verificamos que existe sempre uma associação negativa, o que nos indica, que à medida que o número de complicações aumenta, diminui a percepção do estado de saúde em qualquer dimensão. Com a dimensão sintomas/lista de problemas existe uma associação alta e estatisticamente significativa (o nível de significância do teste é $0,01$).

¹ A classificação usada é sugerida por Pestana M. H. e Gameiro J.N. no livro *Análise de Dados para Ciências*

Verifica-se uma associação moderada e estatisticamente significativa (o nível de significância do teste é 0,01) com as seguintes dimensões: efeitos da doença renal, peso da doença renal, sono, funcionamento físico, desempenho físico, dor, saúde geral, bem-estar emocional, desempenho emocional, função social e vitalidade (Quadro 17).

Quadro 17 - Coeficiente de correlação de Pearson entre o número de complicações e a qualidade de vida.

Dimensão	R de Pearson
Sintomas/Problemas	-0,898 **
Efeitos da doença na vida diária	-0,499 **
Peso da doença renal	-0,489 **
Atividade profissional	-0,300 **
Função cognitiva	-0,165 *
Qualidade da interação social	-0,198 **
Função sexual	-0,289 **
Sono	-0,433 **
Apoio social	-0,187 **
Encorajamento do pessoal da diálise	-0,079
Satisfação do doente	-0,042
Função física	-0,398 **
Desempenho físico	-0,384 **
Dor	-0,585 **
Saúde geral	-0,440 **
Função emocional	-0,459 **
Desempenho emocional	-0,487 **
Função social	-0,469 **
Vitalidade	-0,596 **

* < 0,05

** < 0,01

Elbagir et al em 1999, confirmam a influência negativa das diversas complicações na qualidade de vida relacionada com a saúde, estando estas complicações estão ligadas a um contexto de limitações físicas e psicológicas, com impacto negativo nas componentes da qualidade de vida.

Conclusões

O crescente envelhecimento da população é uma realidade inegável. Fato que determina em parte o aumento do número de doentes em diálise (Kusumoto, Marques, Haas, Rodrigues; 2008).

A insuficiência renal é uma doença crónica, acarreta imensas alterações e desafios na vida diária destes doentes, e constitui uma companhia perpétua.

A diminuição da perceção do estado de saúde é mais sentida à medida que pretendem realizar as suas atividades diárias ou trabalho habitual, devido a problemas na saúde física ou emocionais e a uma perda nas relações sociais.

Para esta avaliação, são fundamentais e imprescindíveis as perceções dos indivíduos sobre a sua própria saúde (Bowling, 1995) e não meramente as medidas biológicas tradicionais. As medidas genéricas do estado de saúde e de domínio específico, constituem ferramentas e medidas precisas imprescindíveis à avaliação da qualidade de vida. Só assim é possível monitorizar e conhecer os efeitos ou resultados, quer das doenças, quer dos tratamentos.

Os resultados da presente investigação demonstram a relação de diversas variáveis na perceção do estado de saúde dos insuficientes renais crónicos idosos em diálise, as variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de instrução e estado civil) e clínicas (tempo de tratamento, doenças associadas e complicações).

Referências Bibliográficas

- Anes, E. & Ferreira, P.L. (2009) - Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 8, p.67-82
- Anes, E. & Vicente Castro, F. (2010) - Perceção da Qualidade de vida na insuficiência renal crónica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* ; 4, p.581-592
- Bowling, A. (1995). Health-Related Quality of Life: A Discussion of the Concept, its use and Measurement, *Measuring Disease*. Buckingham: *Open University Press*; p. 1-19.
- Castro M., Caiuby, A.V.S., Draibe, S.A., Canziani, M.E.F.. (2003). Qualidade de vida com pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*;49(3):245-9.
- Cunqueiro, J.M.G., Cortés M.J.G., Foronda, J, Borrego, J.F., Perales, M.C.S., Pérez del Barrio, P., et al. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrologia*; 23(6):528-37.
- Elbagir, M.N. et al. (1999). Health-related Quality of life in insulin-treated diabetic patients in the Sudan. *Diabetes Res Clin Pract*; 46(1):65-73.
- Ferreira, P.L., Anes, E.J.. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: Criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Jan-Jun; 28(1): 31-9.
- Hayflick L. (1996). *Como e porque envelhecemos*. Rio de Janeiro (RJ): Campus.
- Neves, C.F.S.. (2000). *Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes Mellitus* [dissertação]. Coimbra. Faculdade de economia da Universidade de Coimbra.
- Pestana, M.H., & Gameiro J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Lessa, I. (1998). O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. São Paulo (SP): HUCITEC-ABRASCO.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G, Brunner & Suddarth. (1998). Tratado médico-cirúrgico. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.