

XVII Congreso Internacional INFAD



Campus Universitario Viriato. **Zamora (España).**

Comunicação Oral

Percepção da Qualidade de Vida na Insuficiência Renal Crónica

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes¹,
Florêncio Vicente de Castro²

¹ Professor Adjunto, Vice-presidente do Conselho Técnico-Científico, Membro do Departamento de Ciências de Enfermagem e Gerontologia, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança. Avenida D. Afonso V, 5300-121 Bragança (PORTUGAL). **Telefone:** 00351919353215. **e-mail:** eugenia@ipb.pt;

² Professor Catedrático de Psicología, Académico de la Academia Internacional de Psicología, Facultad de Educación, Universidad de Extremadura, Badajoz (SPAIN). **e-mail:** fvicente@unex.es

Descritores: Qualidade de Vida, Percepção da Qualidade de Vida, Insuficiência Renal Crónica, Hemodiálise, Diálise Peritoneal (Quality of Life, Perception of Quality of Life, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Peritoneal dialysis)

Resumo:

Pretendemos descrever a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com insuficiência renal crónica.

O modelo de investigação adoptado, corresponde ao modelo não experimental, analítico e transversal, numa amostra de 263 pessoas com insuficiência renal crónica, que efectuavam tratamento dialítico no Nordeste Transmontano. A avaliação foi efectuada através de uma medida genérica de saúde o SF-36, á qual foram adicionadas questões clínicas e sócio-demográficas.

A maioria era do sexo masculino (58,9%), casados (64,3%), reformados ou pensionistas (86,7%), possuindo um nível de instrução básico ou inferior (96,7%). A idade dos respondentes variou entre os 18 e os 88 anos. O tipo de tratamento mais utilizado foi a hemodiálise (95,1%). O tempo de diálise destes doentes variou entre 8 dias e 25 anos. A maior parte dos doentes apresentou outras doenças e complicações associadas 56,7% e 98,85% respectivamente.

Os resultados evidenciaram impacto das variáveis na percepção da Qualidade de vida, sendo esta relação estatisticamente significativa em todas as variáveis com excepção da situação familiar e do tempo de tratamento.

É reconhecida a importância da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, como indicador de excelência dos cuidados de saúde, assim deve ser introduzida a sua avaliação como indicador positivo dos cuidados de saúde, através da percepção individual.

Abstract:

We intend to describe the perception of quality of life related to health in patients with chronic kidney disease.

The research model adopted correspond the not-experimental, analytical and cross in a sample of 263 people with chronic renal failure, dialysis, who were treated in the northeast of Portugal. The evaluation was done by a generic measure of health SF-36, to which were added to clinical and demographic issues.

The most were male (58.9%), married (64.3%), retired or pensioners (86.7%), having a basic level of education or less (96.7%). The age of respondents ranged from 18 to 88 years. The type of treatment most commonly used was hemodialysis (95.1%). The duration of dialysis of these patients ranged from 8 days to 25 years. Most patients had other diseases and complications associated with 56.7% and 98.85% respectively.

The results showed the impact of variables on the perception of quality of life, which is statistically significant in all variables except marital status and duration of treatment.

Recognized the importance of evaluating the quality of life related to health, as an indicator of excellence in health care, it should be introduced to its evaluation as a positive indicator of health care through individual perception.

Introdução

Esta doença tem um impacto profundo tanto nos doentes como nos seus familiares. Impõe fortes alterações nas actividades da vida diária (Kirschenbaum, 1991), sendo considerada uma doença altamente intrusiva, quer pelas implicações e restrições que impõe à vida diária, quer pela incerteza do seu prognóstico (McGee & Bradley; 1994). O desenvolvimento tecnológico, tem permitido prolongar da vida e a melhoria da qualidade de vida destes doentes (Carvalho, Manfredi & Canziani; 2006). É difícil a definição de qualidade de vida, 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 (Anes & Ferreira; 2009). O conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde 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 (Bowling, 1995a). É um conceito subjectivo relacionado com os efeitos percebidos do estado de saúde na capacidade para viver a vida (Bowling, 1995b). É entendida como uma percepção individual, justificando-se assim a necessidade de medidas de avaliação baseadas na auto-percepção (Bowling, 1995b).

A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde começa a ser utilizada na prática clínica, para medir problemas que interferem no bem-estar e na vida dos doentes (Anes & Ferreira, 2009), constituindo-se uma medida efectiva da avaliação terapêutica de doentes e de grupos de doentes, englobando o impacto que a doença e o tratamento representam nas várias dimensões do indivíduo.

Com esta investigação pretendemos avaliar a percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde em doentes com insuficiência renal crónica em diálise – 36-Item Health Survey (SF-36v2) (Ferreira & Santana, 2003). São analisadas as relações da percepção do estado de saúde e da qualidade de vida com as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Metodologia

Este estudo foi desenvolvido em doentes com insuficiência renal crónica em tratamento dialítico em unidades de diálises. Nesta investigação, a população abrangida foram todos os doentes adultos (18 ou mais anos) com diagnóstico de insuficiência renal crónica em diálise. Dos critérios de exclusão fez parte a existência de doença mental, de inconsciência ou desorientação temporo-espacial e a não aceitação de participação no estudo.

Com todos os doentes foi efectuado um contacto personalizado. A sua participação no estudo foi precedida de obtenção do consentimento esclarecido. Foram apresentados os objectivos e finalidades da investigação, feito esclarecimento sobre a importância da contribuição de cada participante, o carácter voluntário da participação, o compromisso de garantia de confidencialidade dos dados e a disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida e o agradecimento pela participação.

A população estudada era constituída por 339 doentes com insuficiência renal crónica, da qual resultou uma amostra de 263 doentes, os quais obedeciam aos critérios de inclusão. Verificou-se uma excelente colaboração dos doentes, tendo grande parte dos questionários sido auto-preenchidos. No entanto, foi prestada ajuda no preenchimento em 59% dos doentes (analfabetos e/ou com limitações visuais ou físicas).

Foi usada a versão portuguesa do SF-36v2 (Quadro I). É um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, muito utilizado em diversas patologias e bastante difundido por vários países. É constituído por 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. Foram incluídas algumas questões socio-demográficas e clínicas para completar as informações dos doentes.

Quadro I - Composição do questionário SF-36v2

	Nº de Perguntas
função física	10
desempenho físico	4
Dor	2
saúde em geral	5
função emocional	5
desempenho emocional	3
função social	2
vitalidade	5

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 e o teste de Scheffé de comparação múltipla.

Resultados e discussão

É apresentada no quadro II a caracterização sócio-demográfica da amostra, ela é maioritariamente masculina, com idades entre os 19 e 88 anos. Apenas um pequeno grupo de 6,1% possui o ensino secundário, médio e superior, estando mais de metade dos doentes casados e, na sua grande maioria reformados, pensionistas ou com outros rendimentos. Constatámos que 75,6% dos respondentes têm rendimentos mensais totais abaixo de 750€

Quadro II - Caracterização sócio-demográfica

Variável	Valor	n	%
Idade (anos)	Mínimo	19	
	Máximo	88	
	Média	62,87	
	Desvio padrão	15,5	
Género	Masculino	155	58,9
	Feminino	108	41,1
Nível de instrução	Analfabeto ou apenas sabe ler ou escrever	109	41,5
	Ensino básico/2º ciclo	138	55,2
	Ensino secundário, médio ou superior	16	6,1
Situação familiar	Casado com ou sem registo	169	64,3
	Solteiro ou viúvo	81	30,8
	Separado ou divorciado	13	4,9
Situação profissional	Reformado, pensionista ou outros rendimentos	228	86,7
		21	8,0
	Trabalhador no activo	14	5,3
	Desempregado ou estudante		
Rendimento	Menos de 250€	46	17,6
	Entre 250 €e 750€	143	58,0
	Mais de 750€	64	24,4

A caracterização clínica é apresentada no quadro III. Verificamos que em relação ao tipo de tratamento em que o grupo de diálise peritoneal é composto apenas por 13 doentes em comparação com o grupo de doentes em hemodiálise (250). Mais de metade da amostra (57,7%) refere doenças associadas, sendo a diabetes a mais frequente. A quase totalidade dos doentes (98,9%) refere complicações resultantes da doença ou do tratamento entre as quais se destaca o sentirem-se esgotados. O tempo em diálise variou entre 8 dias e 25 anos.

Quadro III - Caracterização clínica

Variável	Valor	N	%
Tipo de tratamento	Hemodiálise	250	95,1
	Diálise peritoneal	13	4,9
Doenças Associadas	Com doenças associadas	149	57,7
	Diabetes	61	29
	Insuficiência cardíaca	28	13,3
Complicações	Com complicações	260	98,9
	Esgotado sem forças	207	78,5
	Mãos ou pés dormentes	155	59
	Cãibras	144	54,54
Tempo em diálise	Mínimo	8	(dias)
	Máximo	25	(anos)
	Média	53,5	(meses)
	Desvio padrão	52,1	(meses)

Os homens apresentam globalmente melhor nível de qualidade de vida do que as mulheres. Dimensionalmente as diferenças observadas são estatisticamente significativas para a totalidade das dimensões à exceção da saúde geral (Quadro IV).

Quadro IV - Percepção da qualidade vida em relação ao género

Dimensão	Feminino		Masculino		Sig
	108		155		
	Média	dp	Média	dp	
Função física	43,61	34,15	59,09	34,96	0,000
Desempenho físico	35,93	37,38	50,28	38,43	0,003
Dor	61,36	37,52	76,06	29,92	0,001
Saúde em geral	33,70	21,17	36,97	19,66	0,201
Função emocional	43,33	24,45	33,58	21,74	0,001
Desempenho emocional	39,19	37,92	55,43	38,28	0,001
Função social	43,63	33,20	63,22	31,05	0,000
Vitalidade	72,39	26,43	59,15	2700	0,000

Estes resultados são corroborados por diversos estudos. Eiser, Flynn, Green, Havermans, Kirby, Sandeman & Tooke (1992) e Lloyd e Orchard (1999) afirmam serem os homens o grupo com maiores níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde. Nas normas portuguesas do SF-36, Ferreira e Santana (2003) afirmam que estas diferenças são

significativas, mas apenas em relação às dimensões físicas. Utilizando um instrumento de colheita de dados – KDQOL (instrumento específico de avaliação da qualidade de vida para insuficientes renais crónicos do qual faz parte o SF-36v2 e validado para a população portuguesa) Cunqueiro et al (2003), Vázquez et al (2004) e Anes e Ferreira (2009) também obtiveram resultados concordantes com os presentes.

Relativamente à relação da percepção da qualidade de vida com a idade, os resultados a 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, com excepção da dor, saúde geral e função emocional (Quadro V).

Quadro V - Percepção da qualidade vida em relação à idade

Dimensão	18 - 40 anos (n = 28)		41 – 64 anos (n = 85)		> 65 anos (n=150)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Função física	77,50	22,08	61,82	32,81	42,96	35,78	0,000
Desempenho físico	75,00	26,06	55,36	34,84	32,45	31,56	0,000
Dor	74,37	26,46	74,26	30,75	66,81	34,60	0,211
Saúde em geral	42,50	17,87	36,35	16,24	33,93	17,80	0,113
Função emocional	39,80	20,76	35,64	21,57	31,60	20,66	0,152
Desempenho emocional	73,80	26,42	61,37	30,98	36,94	30,12	0,000
Função social	73,66	21,99	66,61	31,27	45,25	30,10	0,000
Vitalidade	72,50	20,36	55,88	25,19	48,66	23,77	0,000

Esta situação pode dever-se ao facto de os jovens serem o grupo etário mais saudável (Kirschenbaum, 1991) ou por outro lado pelo facto de as pessoas de mais idade apresentam mais limitações físicas e mentais (Neves, 2000). Nas normas portuguesas do SF-36, (Ferreira & Santana, 2003) também se verificou relação estatística significativa nas dimensões físicas. Em estudos onde foi aplicado o KDQOL um realizado por Vidal, Salas e Escobar (2005) no Chile e outro realizado por Anes e Ferreira (2009) em Portugal também se verificou uma tendência para a diminuição de qualidade de vida com a idade.

Obtivemos resultados conclusivos relativamente ao nível de instrução e à sua relação na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde. Observaram-se 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 médios e superiores (Quadro VI).

Quadro VI - Percepção da qualidade vida em relação ao nível de instrução

Dimensão	Até ao ensino básico (n = 109)		Ensino básico e secundário (n = 145)		Ensino médio e superior (n=9)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Função física	46,88	35,25	55,93	35,15	72,22	30,73	0,031
Desempenho físico	33,65	35,77	50,21	38,81	80,55	26,59	0,000
Dor	67,45	35,70	71,55	32,92	76,66	29,55	0,534
Saúde em geral	32,33	18,76	37,48	20,68	45,55	27,43	0,044
Função emocional	37,84	21,29	38,34	24,54	22,22	24,76	0,131
Desempenho emocional	38,83	37,11	53,90	38,74	86,11	23,57	0,000
Função social	46,78	33,26	59,74	32,35	83,33	18,75	0,000
Vitalidade	71,73	26,20	60,25	27,11	47,91	30,45	0,001

Mais instrução significa mais informação, mais conhecimento e melhor percepção para controlar a doença, resultando melhorias na qualidade de vida (Neves, 2000). Ou seja os indivíduos com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar uma melhor adaptação emocional às consequências da doença renal crónica e do tratamento (Castro, Caiuby, Draibe & Canziani, 2003). Diversos estudos corroboram estes resultados, efectuados por Castro Caiuby, Draibe e Canziani (2003), Vidal, Salas e Escobar (2005) e Anes e Ferreira (2009)

A relação entre a percepção da qualidade de vida e a situação familiar, observam-se pontuações de qualidade de vida mais favoráveis nos indivíduos com companheiro (Quadro VII). Estas diferenças são significativas apenas na dimensão função social.

O agregado familiar pode ser encarado como um apoio social, emocional e de qualidade de vida muito importante. Também Anes e Ferreira (2009) obtiveram pontuações superiores de qualidade de vida nos indivíduos que não vivem sós.

Quadro VII - Percepção da qualidade de vida em relação à situação familiar

Dimensão	Não Vive Só (n=169)		Vive Só (n=94)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Função física	55,14	35,30	48,40	35,35	0,139
Desempenho físico	47,48	39,59	38,82	36,24	0,074
Dor	69,89	33,84	70,26	34,35	0,933
Saúde em geral	36,00	21,90	34,94	17,21	0,666
Função emocional	36,47	23,70	39,57	22,67	0,304
Desempenho emocional	51,72	39,15	43,43	38,05	0,098
Função social	58,72	33,29	48,80	32,58	0,020
Vitalidade	62,27	28,01	68,75	26,19	0,067

Relacionando agora a percepção da qualidade de vida com a situação profissional (Quadro VIII), os resultados demonstram melhor índice de qualidade de vida relacionada com a saúde para o grupo de indivíduos estudantes e desempregados e, trabalhadores activos. Esta relação é estatisticamente significativa para a grande parte das dimensões.

Quadro VIII - Percepção da qualidade de vida em relação à situação profissional

Dimensão	Activo (n=21)		Estudantes/ Desempregados (n=14)		Outros (n=228)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Função física	76,19	26,31	77,50	30,11	49,05	35,09	0,000
Desempenho físico	70,23	27,45	82,58	32,53	39,66	37,64	0,000
Dor	66,78	29,66	87,50	29,83	69,25	34,39	0,134
Saúde geral	40,00	17,17	44,28	22,77	34,69	20,34	0,136
Função emocional	36,42	25,05	27,50	25,62	38,31	23,00	0,237
Desempenho emocional	66,66	28,01	83,33	31,69	44,99	38,75	0,000
Função social	68,45	23,92	79,46	27,99	52,46	33,55	0,002
Vitalidade	50,29	23,34	53,12	32,49	66,61	27,08	0,009

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de estes grupos constituírem também os grupos mais jovens. Ferreira e Santana (2003) encontraram uma relação estatística com as dimensões físicas, com valores médios superiores nos trabalhadores não manuais. Vidal, Salas

e Escobar (2005) não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o trabalhador activo e não activo. Anes e Ferreira (2009) corroboram os presentes resultados, tendo-se obtido melhores pontuações no grupo que engloba os trabalhadores activos.

Relativamente á relação da qualidade de vida com o rendimento, parecem verificar-se níveis de qualidade de vida mais satisfatórios nos indivíduos com mais altos rendimentos, verificando-se diferenças significativas nas dimensões desempenho físico, , desempenho emocional, função social. Na função emocional e vitalidade as diferenças são significativas, no entanto as pontuações de qualidade de vida são mais favoráveis nos indivíduos com menores rendimentos, (Quadro IX).

Quadro IX - Percepção da qualidade vida em relação ao rendimento

Dimensão	Até 250€ (n=46)		250-400€ (n=69)		400-750€ (n=83)		>750€ (n=64)		Sig
	Médi a	dp	Médi a	dp	Médi a	dp	Média	dp	
Função física	51,84	33,08	47,10	36,74	58,31	35,27	52,89	35,33	0,280
Desempenho físico	35,05	30,34	32,42	34,58	51,80	40,34	54,78	41,36	0,001
Dor	69,61	34,68	65,43	35,69	67,68	33,37	78,35	31,83	0,139
Saúde geral	35,86	16,57	32,02	20,81	36,98	19,86	37,81	22,69	0,353
Função emocional	40,00	23,11	44,05	23,42	36,44	22,71	30,70	22,65	0,009
Desempenho emocional	42,39	31,90	35,38	36,69	56,42	39,58	58,59	40,41	0,001
Função social	49,45	26,73	46,37	32,86	58,43	33,30	64,84	35,69	0,006
Vitalidade	70,51	23,99	71,37	23,04	61,29	28,07	58,20	30,81	0,010

Os estudos de Ferreira e Santana (2003) e, Anes e Ferreira (2009) evidenciam melhores pontuações de qualidade de vida nos indivíduos com rendimentos mais elevados.

Relativamente à percepção da qualidade de vida e à sua relação com o tipo de tratamento, tendo consciência da grande diferença de tamanho dos grupos e das limitações que se colocam de comparação e de generalização, constatamos que os valores médios de qualidade de vida são maioritariamente superiores no grupo de diálise peritoneal (quadro X). Estas diferenças são significativas apenas para as dimensões desempenho físico e saúde geral.

Diversos estudos apresentam dados concordantes com os da presente investigação, indicando melhores níveis de qualidade de vida em doentes em diálise peritoneal. Num estudo de morbilidade e mortalidade em diálise realizado nos EUA (USRDS, 1997), conclui-se que os doentes de diálise peritoneal são, em média, cinco anos mais jovens do que os doentes de

hemodiálise. Noutros estudos desenvolvidos por Manns, Jonson, Tabú, Mortis, Ghali & Donaldson (2003) e Wasserfallen *et al* (2004) não se encontraram diferenças significativas entre os diferentes tipos de tratamentos. Anes e Ferreira (2009) corroboram estes resultados, afirmam existir melhores pontuações de qualidade de vida nos doentes em diálise peritoneal.

Quadro X - Percepção da qualidade vida em relação ao tipo de tratamento

Dimensão	Hemodiálise (n=250)		Diálise peritoneal (n=13)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Função física	52,00	35,63	66,92	27,95	0,139
Desempenho físico	43,32	38,51	64,90	35,22	0,049
Dor	70,24	33,97	65,96	35,00	0,659
Saúde geral	34,90	20,15	49,61	19,19	0,011
Função emocional	37,84	23,42	32,69	22,04	0,439
Desempenho emocional	47,56	38,77	71,79	35,27	0,028
Função social	54,35	33,40	71,15	28,12	0,076
Vitalidade	64,90	27,69	58,65	23,73	0,426

Na 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 (Quadro XI). Estas diferenças não são significativas.

Quadro XI - Percepção da qualidade vida em relação ao tempo de tratamento

Dimensão	< 3 meses (n = 19)		3 meses a 1 ano (n = 45)		> 1 ano (n= 199)		Sig
	Média	dp	Médi a	dp	Médi a	dp	
Função física	53,42	35,67	51,33	36,54	52,98	35,29	0,957
Desempenho físico	42,43	38,95	43,33	39,01	44,81	38,64	0,948
Dor	73,94	37,37	70,22	33,99	69,61	33,78	0,868
Saúde geral	41,57	20,88	37,11	20,98	34,72	20,10	0,324
Função emocional	40,26	21,95	36,44	22,55	37,58	23,74	0,837
Desempenho emocional	43,85	39,36	49,25	39,83	49,12	38,81	0,851
Função social	50,00	33,85	54,72	32,88	55,77	33,49	0,768
Vitalidade	65,78	20,34	68,47	27,24	63,59	28,17	0,553

O tempo em diálise correlaciona-se de forma negativa com o valor da qualidade de vida (Cunheiro *et al*, 2003; Castro, Caiuby, Draibe & Canziani, 2003).no entanto em 2009, Anes e Ferreira concluíram que com o aumento do tempo em diálise aumenta a qualidade de vida relacionada com a saúde nos doentes em diálise.

Analisando a presença de outras doenças e a relação que mantém com a percepção da qualidade de vida, globalmente encontramos níveis médios de qualidade de vida maioritariamente superiores no grupo dos que não têm doenças associadas, o mesmo acontece numa análise dimensional, com excepção das dimensões função emocional e vitalidade (Quadro XII). As diferenças são significativas na grande parte das dimensões com excepção da dimensão dor.

Quadro XII - Percepção da qualidade vida em relação a doenças associadas

Dimensão	Sem doenças associadas (n=114)		Com doenças associadas (n=149)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Função física	66,27	32,32	42,38	34,23	0,000
Desempenho físico	56,96	38,09	34,77	36,23	0,000
Dor	72,82	31,47	67,88	35,71	0,235
Saúde geral	38,85	19,01	33,15	20,99	0,024
Função emocional	33,85	23,79	40,43	22,66	0,023
Desempenho emocional	60,16	38,62	40,04	36,92	0,000
Função social	65,35	30,62	47,39	33,30	0,000
Vitalidade	55,59	28,60	71,47	24,58	0,000

Os resultados do quadro XIII mostram que os valores médios de qualidade de vida relacionada com a saúde decrescem à medida que aumenta a comorbilidade.

Castro, Caiuby, Draibe e Canziani, (2003) corroboram estes resultados e afirmam que as comorbilidades constituem factores determinantes da qualidade de vida. Anes e Ferreira (2009).encontraram relação inversa entre o número de doenças associadas e o índice de qualidade de vida.

Quadro XIII - Percepção da qualidade vida e o número de doenças associadas

Dimensão	Sem doenças associadas (n=114)		Uma doença associada (n=79)		Duas doenças associadas (n=79)		≥Três doenças associadas (n=79)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Função física	66,27	32,32	50,69	33,60	35,72	33,77	27,04	30,10	0,000
Desempenho físico	56,96	38,09	40,34	37,25	31,25	32,05	22,44	38,65	0,000
Dor	72,82	31,47	70,94	32,76	70,78	36,49	50,56	40,62	0,043
Saúde geral	38,85	19,01	35,00	17,80	33,92	25,45	26,36	20,53	0,044
Função emocional	33,85	23,79	39,24	21,10	39,89	23,21	45,90	26,88	0,086
Desempenho emocional	60,16	38,62	46,41	36,41	36,97	34,46	23,86	39,69	0,000
Função social	65,35	30,62	55,85	30,67	42,18	31,85	28,40	36,63	0,000
Vitalidade	55,59	28,60	67,24	25,04	73,82	23,23	81,53	23,18	0,000

Na percepção da qualidade de vida e a sua relação com a presença de diabetes encontramos níveis médios de qualidade de vida globalmente superiores no grupo dos que não têm diabetes. O mesmo acontece numa análise dimensional, com exceção da dimensão função emocional e vitalidade (Quadro XIV). As diferenças são significativas na grande parte das dimensões com exceção da dimensão dor.

Quadro XIV - Percepção da qualidade vida em relação à diabetes

Dimensão	Não tem diabetes (n=191)		Tem diabetes (n=72)		Sig
	Média	dp	Média	dp	
Função física	59,20	35,00	35,50	30,60	0,000
Desempenho físico	51,00	26,80	26,80	30,90	0,000
Dor	71,10	67,20	67,20	38,20	0,436
Saúde geral	37,20	31,50	31,50	22,30	0,041
Função emocional	35,10	44,20	44,20	24,00	0,005
Desempenho emocional	54,90	32,50	32,50	32,40	0,000
Função social	61,80	37,70	37,70	30,10	0,000
Vitalidade	59,60	78,00	78,00	22,70	0,000

No estudo desenvolvido nos EUA (USRDS, 1997) obtiveram resultados concordantes com os presentes, também os doentes diabéticos apresentavam menores índices de qualidade de vida. Semelhantes conclusões obteve Castro, Caiuby, Draibe e Canziani em 2003.

Na relação entre o número das complicações e a qualidade de vida relacionada com a saúde, verifica-se uma relação inversa entre o índice de qualidade de vida e o número de destas (Quadro XV). Quer numa análise global, quer dimensional, as diferenças são significativas na totalidade das dimensões.

Quadro XV - Percepção da qualidade vida em relação ao número de complicações.

Dimensão	Até três complicações (n=52)		4 a 6 complicações (n=82)		7 a 9 complicações (n=82)		≥10 complicações (n=47)		Sig
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Função física	36,44	30,38	46,34	34,01	43,41	34,79	80,74	28,18	0,000
Desempenho físico	26,68	32,49	35,74	34,71	45,35	37,39	77,39	33,51	0,000
Dor	44,56	29,56	62,92	35,61	79,11	30,22	94,73	12,94	0,000
Saúde geral	24,80	17,37	31,64	19,27	38,23	18,76	50,00	18,96	0,000
Função emocional	53,07	20,53	40,18	21,27	36,15	21,57	18,40	18,91	0,000
Desempenho emocional	30,76	32,44	40,14	37,17	50,81	37,89	80,14	31,25	0,000
Função social	38,94	30,48	46,18	31,77	58,99	29,34	82,18	28,04	0,000
Vitalidade	79,32	18,71	74,46	20,22	63,56	24,21	32,84	26,78	0,000

A influência negativa de diversas complicações na qualidade de vida, foi encontrada por Elbagir, Etayeb, Eltom, Mahadi, Wikblad e Berne em 1999, e por Anes e Ferreira em 2009.

Conclusões

A insuficiência renal crónica acarreta imensas alterações e desafios na vida diária destes doentes, constituindo uma presença contínua ao longo da vida. O tratamento não só deve prolongar a vida do doente, utilizando se necessário terapias de substituição da função renal, como também proporcionar um maior grau de reabilitação com uma óptima qualidade de vida (Cuadrado, 2001). A qualidade de vida relacionada com a saúde através da percepção do estado de saúde está associada ao mais elevado nível de bem-estar e de satisfação dos indivíduos, contribuindo para uma menor morbi-mortalidade e, conseqüentemente, menor despesa.

É reconhecida a importância da relação da qualidade de vida com as variáveis da saúde contribuindo para uma melhor prestação de serviços ao utente, deve ser considerada na

investigação, na prática clínica e na tomada de decisão política (Neves, 2000). Pelo que é imprescindível a sua introdução como indicador positivo dos cuidados de saúde (Anes & Ferreira, 2009), na qual são fundamentais as percepções dos indivíduos sobre a sua própria saúde (Bowling, 1995).

Esta investigação evidencia o impactos das variáveis sócio-demográficas e clínicas na percepção do estado de saúde dos insuficientes renais crónicos. Demonstra a influência das variáveis género, idade, nível de instrução, situação familiar, situação profissional, tipo de tratamento, tempo de tratamento, doenças associadas, presença de diabetes e complicações. na qualidade de vida dos doentes. Uma análise multivariada confirmou a influência do género na percepção do estado de saúde e da qualidade de vida obtendo níveis superiores o sexo masculino; da idade, variando a idade no sentido inverso da percepção da qualidade de vida e; do peso da literacia. Ser activo profissionalmente e não viver só demonstraram também ter influência positiva na qualidade de vida. A diálise peritoneal é o tipo de tratamento onde se verificam percepções de qualidade de vida superiores. As complicações e as comorbilidades, em especial a diabetes constituíram factores negativos nesta avaliação.

Referências Bibliográficas

- Anes, E.M.G.J., & Ferreira, P.L. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.*, Volume temático 8: 67-82.
- Bowling, A. (1995a). *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (1995b). The concept of quality of life in relation to health. *Medicina nei Secoli Arte e Scienza*, 7(3): 633-45.
- Carvalho, C.O.M.S., Manfredi, S.R. & Canziani, M.E.F.. (2006). Qualidade em diálise. In: Barros, E., Manfro, R.C., Thomé, F.S. & Gonçalves LF (Eds), *Nefrologia – rotinas, diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed
- 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.
- Cuadrado, G.B.M.D. (2001). Unidad Prédiálisis: concepto de una unidad multidisciplinar para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. 2nd International Congress of Nephrology in Internet. November 5-30.
- Cunqueiro ,J.M.G, Cortés, M.J.G., Foronda, J., Borrego, J.F., Perales, M.C.S., Pérez del Barrio, P., Borrego, J., Viedma, G., Liébana, A., Ortega, S., Bañasco, V.P. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrologia*, 23(6): 528-37.
- Eiser, C., Flynn, M., Green, E., Havermans, T., Kirby, R., Sandeman, D., Tooke, J.E. (1992). Quality of life in young adults with type 1 diabetes in relation to demographic and disease variables. *Diabetic Medicine*: 375-8.
- Elbagir, M.N., Etayeb, N.O., Eltom, M.A., Mahadi, E.O., Wikblad, K., Berne, C. (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., Santana, P. (2003). 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): 15-30.
- Kirschenbaum, D.S. (1991). Integration of Clinical Psychology into Haemodialysis Programs. In: Rozensky R.H., Sweet, J.J., Tovian, S.M. (Eds), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York and London: Plenum Press.
- Lloyd, C.E., Orchard, T.J. (1999). Physical and psychological well-being in adults with type 1 diabetes, *Diabetes Res Clin Pract*, 44(1): 9-19.
- Manns, B., Jonson, J.A., Tabú, K., Mortis, G., Ghali, W.A., Donaldson C. (2003) Quality of life in patints treated with hemodiálisis or peritoneal diálisis: What are the important determinants? *Clin Nephro*, 60(5): 345-51
- McGee, H., Bradley, C. (1994). Quality of life following renal failure: an introduction to the issues and challenges. In: McGee, H., Bradley, C. (Eds), *Quality of life following renal failure*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Neves, C.F.S.(2000) *Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus* [Dissertação de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- USRDS (1997)dialysis Morbidity and mortality study: wave 2 [editorial]. *American Journal of Kidney Disease*, 30(2) Suppl 1: S67-S85.
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Goméz, J.M., Moreno, F., Sanz-Guajardo. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología*, 24(2): 167-78.
- Vidal, M.R., Salas, M.C., Escobar, J.M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11(2): 47-57.
- Wasserfallen, J.B., Halaba, G., Saudan, P., Perneger ,T., Feldman, H.I., Martin, P.Y., Wauters, J.P. (2004). Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 19: 1594-99.