

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Qualidade de vida na pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise

*Quality of life of people with chronic kidney disease undergoing regular hemodialysis**Calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica en programa regular de hemodiálisis*Abílio José Borges Silva ¹ <https://orcid.org/0000-0002-3807-9960>João Frazão ¹ <https://orcid.org/0000-0002-8081-5474>Rui Pimenta ² <https://orcid.org/0000-0002-1985-8395>¹ DaVita Portugal, Portugal² Escola Superior de Saúde - Politécnico do Porto e CEISUC-CIBB, Portugal**Resumo****Enquadramento:** Ao longo da última década observou-se um aumento no número de pessoas que sofrem de doença renal crónica em programa de hemodiálise, imergindo a necessidade de aferir a qualidade de vida destes doentes.**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise.**Metodologia:** Estudo de abordagem quantitativa, descritivo transversal utilizando o KDQOL-SF. Amostra não probabilística de conveniência, com 268 doentes em programa regular de hemodiálise com idades entre 25 e 90 anos, em sete clínicas de Portugal.**Resultados:** O encorajamento do pessoal da diálise (82,46) e o apoio social (77,49) foram as dimensões com melhores scores. Os indivíduos do sexo masculino apresentam melhores pontuações na qualidade de vida, nas dimensões: função física ($p = 0,023$), dor ($p = 0,011$) e bem-estar emocional ($p = 0,020$). A análise do SF-36 demonstrou que todos os domínios apresentavam pior score e com significado estatístico quando comparados com a população portuguesa.**Conclusão:** É fundamental arranjar estratégias que possam melhorar qualidade de vida da pessoa com insuficiência renal.**Palavras-chave:** qualidade de vida; doença renal crónica; hemodiálise**Abstract****Background:** The number of people suffering from chronic kidney disease undergoing hemodialysis in Portugal has been increasing over the last decade, highlighting the need to assess the quality of life of these patients.**Objective:** To assess the quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing regular hemodialysis.**Methodology:** A quantitative, cross-sectional descriptive study was conducted using the Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL-SF Version 1.3). The non-probability convenience sample consists of 268 patients aged 25 to 90 years undergoing regular hemodialysis in seven clinics in Portugal.**Results:** The Dialysis staff encouragement (82.46) and social support (77.49) dimensions had the highest scores. Male patients had higher scores in the physical functioning ($p = 0.023$), bodily pain ($p = 0.011$), and emotional well-being ($p = 0.020$) dimensions. This sample had statistically significant lower scores in all domains of the 36-Item Health Survey (SF-36) than the general Portuguese population.**Conclusion:** It is essential to develop strategies to improve the quality of life of patients with chronic kidney disease.**Keywords:** quality of life; chronic kidney disease; hemodialysis**Resumen****Marco contextual:** En la última década ha aumentado el número de personas con insuficiencia renal crónica que se someten a un programa de hemodiálisis, lo que plantea la necesidad de evaluar la calidad de vida de estos pacientes.**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes renales crónicos en programa regular de hemodiálisis.**Metodología:** Se trata de un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo que utiliza el KDQOL-SF. Muestra de conveniencia no probabilística, con 268 pacientes en programa regular de hemodiálisis con edades comprendidas entre los 25 y los 90 años, en siete clínicas de Portugal.**Resultados:** La motivación del personal de diálisis (82,46) y el apoyo social (77,49) fueron las dimensiones con las mejores puntuaciones. Los individuos del sexo masculino presentan mejores puntuaciones en calidad de vida, en las dimensiones: función física ($p = 0,023$), dolor ($p = 0,011$) y bienestar emocional ($p = 0,020$). El análisis del SF-36 demostró que todos los dominios presentaban una puntuación peor y con significación estadística en comparación con la población portuguesa.**Conclusión:** Es esencial idear estrategias que puedan mejorar la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal.**Palabras clave:** calidad de vida; enfermedad renal crónica; hemodiálisis**Autor de correspondência**

Abílio José Borges Silva

E-mail: abilio.silva@davita.com

Recebido: 22.11.22

Aceite: 29.05.23

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

fct

Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia**Como citar este artigo:** Silva, A. J., Frazão, J., & Pimenta, R. (2023). Qualidade de vida na pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22113. <https://doi.org/10.12707/RVI22113>

Introdução

A doença crónica é hoje em dia vista como um dos maiores problemas para a medicina e as ciências da saúde. É apontada como uma das principais causas da diferença entre as taxas de mortalidade e morbilidade, ou seja, a distância entre a expectativa de vida e a qualidade de vida (QV).

A doença renal crónica é uma doença caracterizada pela diminuição progressiva e irreversível da função renal, resultante de múltiplos fatores que afetam a estrutura e a função dos rins. É uma doença de longa duração, muitas vezes assintomática nas fases iniciais e de evolução insidiosa. Devido ao aumento das taxas de incidência e prevalência desta patologia nos últimos anos, tem sido reconhecida como um importante problema de saúde pública (Medeiros et al., 2015).

Ao longo da última década tem-se verificado um incremento de doentes renais crónicos em programa de hemodiálise, sendo que, segundo o registo nacional, no final de 2020 existiam cerca de 12 458 doentes, valor que aumentou 77% comparado com os que existiam no ano de 2000 (Galvão et al., 2021).

Este aumento tem levado a muitas questões sobre QV destes doentes, uma vez que se trata de um tratamento crónico e realizado, no mínimo, três vezes por semana, tornando-se numa das doenças crónicas mais exigentes. O objetivo principal deste estudo é avaliar a QV dos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise. Pretende-se ainda neste estudo relacionar as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, residência, escolaridade) com a QV dos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise.

Enquadramento

Mejia e Merchian (2007) mencionam que a QV é um conceito amplo e multifacetado que abrange aspetos pessoais, tais como saúde, liberdade, independência e satisfação com a vida, bem como fatores ambientais, como a rede de apoio e serviços sociais.

Por sua vez, existem autores que defendem que a QV é a perceção do sujeito em relação à sua posição na vida, ambiente cultural e valores em que está inserido, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Está relacionado com saúde física, estado mental, independência, relações sociais, crenças e particularidades do ambiente (Pretto et al., 2020).

Para Gomes et al. (2021) a QV está fortemente ligada ao autoconceito e ao bem-estar individual, englobando vários aspetos como a capacidade física, o estrato social e económico, o equilíbrio emocional, as interações sociais, a atividade mental, a autossuficiência, o apoio familiar, a condição de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação no trabalho e nas atividades cotidianas e o meio ambiente (Gomes et al., 2021).

É fundamental avaliar os doentes em tratamento de hemodiálise, atendendo às taxas de comorbilidades e mortalidade, bem como avaliar a sua QV, aumentando

assim as suas possibilidades de reabilitação.

Segundo Skoumalova et al. (2021), a QV em pessoas com doença renal crónica é inferior à da população em geral, e tende a diminuir com a progressão da doença. A função renal diminuta afeta a QV dos doentes por meio da carga de sintomas, tais como, fragilidade, fadiga, dor, pior funcionamento físico, fraqueza e câibras. Muitos outros fatores estão associados à QV, tais como, o tipo de terapia renal de substituição, tipo de acesso vascular, eficácia da diálise, presença de comorbilidades, apoio social, estado civil e socioeconómico, estratégias de coping e bem-estar psicológico, por exemplo, depressão e ansiedade.

A hemodiálise pode influenciar as dimensões biológica, psicológica, económica e social do doente, podendo interferir na sua QV. Inclusive, doentes renais crónicos tendem a ter menor QV, característica já associada à crescente população de pessoas com doença renal crónica (Gomes et al., 2021).

A incerteza persistente quanto ao diagnóstico, prognóstico, evolução da doença e tratamentos inerentes leva, de forma inevitável, a um impacto emocional e às limitações físicas e funcionais persistentes que afetam a rotina diária, interferindo na capacidade de trabalhar, desempenhar papéis familiares e sociais e participar em atividades recreativas (Ribeiro, 2019).

Os parâmetros socioeconómicos têm grande impacto nas populações menos favorecidas. A perda de emprego resultante da doença poderia ser combatida através do reforço das medidas de segurança social e da reciclagem profissional para se adequar aos efeitos físicos da doença. Compreender o ambiente sociocultural do doente é extremamente importante para uma prestação de cuidados de saúde eficaz. Uma melhor compreensão da QV e dos seus determinantes ajuda a formular estratégias e tratamentos individualizados (Manavalan et al., 2017). Baixos níveis de escolaridade, e o desempenho foram significativamente e independentemente associados com níveis baixos de QV no insuficiente renal crónico.

Segundo Zahid et al. (2021), no seu trabalho de pesquisa sobre a QV de doentes renais crónicos, verificou-se existir relação significativa com as variáveis: idade, ordenado mensal, situação conjugal e ocupação. Ficou patente, no referido estudo, que a insuficiência renal crónica afeta negativamente a qualidade da vida do doente, influenciando a sua saúde psicológica, capacidade física e, além disso, a vida pessoal, não se tendo obtido resultados significativos para a residência, o sexo e o estado de saúde.

Hipóteses

H1 - Os doentes insuficientes renais crónicos apresentam pior QV que população em geral; H2 - Os doentes com níveis de escolaridade mais baixo apresentam pior QV que os doentes com escolaridade mais elevada; H3 - Os doentes mais jovens apresentam melhor QV que os doentes com idade superior; H4 - A QV dos doentes é igual na zona norte, centro e Lisboa e vale do Tejo; H5 - Os doentes do sexo masculino apresentam melhor QV que os doentes do sexo feminino.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo transversal tendo sido utilizado o instrumento de avaliação KDQOL-SF para avaliação da QV dos doentes renais crónicos. A recolha de dados decorreu entre 1 de março de a 30 de abril de 2022 em 7 clínicas de hemodiálise de Portugal das regiões norte, centro, lisboa e vale do tejo.

A população em estudo é constituída por pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, a realizarem tratamento em clínicas de hemodiálise, na região norte, centro e vale do Tejo de Portugal.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: doentes com mais de 18 anos; diagnóstico de doença renal crónica (estádio V); acederem a integrar voluntariamente o estudo; apresentarem capacidade para dar consentimento informado escrito para participar no estudo. Foram considerados como critérios de exclusão não saber ler e escrever em Português e não serem detentores de funções cognitivas intactas, avaliadas como tal pelo profissional de saúde participante.

O questionário e o consentimento informado foram entregues aos doentes que aceitaram integrar o presente estudo e os dados obtidos foram tratados de forma agregada para garantir o anonimato dos participantes.

Os participantes no estudo foram selecionados de entre doentes de uma empresa com clínicas no Norte, centro e vale do Tejo que aceitaram participar de forma voluntária no presente estudo. Apesar das clínicas pertencerem a uma única empresa, representam a diversidade geográfica e os critérios utilizados na colocação dos doentes em estão unicamente dependentes de critérios pré-definidos pela política de saúde. Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, mas pelos motivos anteriormente descritos decidimos tratar a amostra como probabilística. A amostra foi constituída por 268 indivíduos de um total de 12458 que conduz a uma margem de erro de 5.92%. No questionário, para além do instrumento de medida KDQOL-SF, foram realizadas questões de modo a ter uma caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. Desses dados sociodemográficos, retirou-se informação fulcral relativamente à idade, ao género, ao nível de escolaridade e ao tempo de tratamento em hemodiálise.

Instrumento de recolha de dados

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi o (*Kidney Disease Quality of Life Instrument*). Trata-se de um instrumento específico de avaliação da QV para doentes com insuficiência renal em diálise proposto por Hays et al. (1995). Possui 43 perguntas específicas da doença renal (KDQOL) agrupadas em onze dimensões e outra parte do instrumento apresenta que 36 perguntas agrupadas em 9 dimensões (SF-36) que se encontram validadas por (Ferreira, 2003),

Tentamos minimizar o viés da amostra com correto desenho do estudo, escolhendo uma amostra representativa da população e com autopreenchimento do questionário o que permitiu limitar o viés da informação.

A escala KDQOL-SF é uma escala com algumas dimensões com apenas dois itens, esperava-se alguma instabilidade ao nível da consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, tal como ocorreu na validação para a população portuguesa. Ainda assim, em apenas cinco das 19 dimensões, para as quais foi calculada a consistência interna, o alfa de Cronbach foi inferior a 0,70 (Peso da doença renal, $\alpha = 0,63$; Qualidade de interação social, $\alpha = 0,38$; Sono, $\alpha = 0,57$; Função social, $\alpha = 0,33$; e atividade profissional, $\alpha = 0,57$).

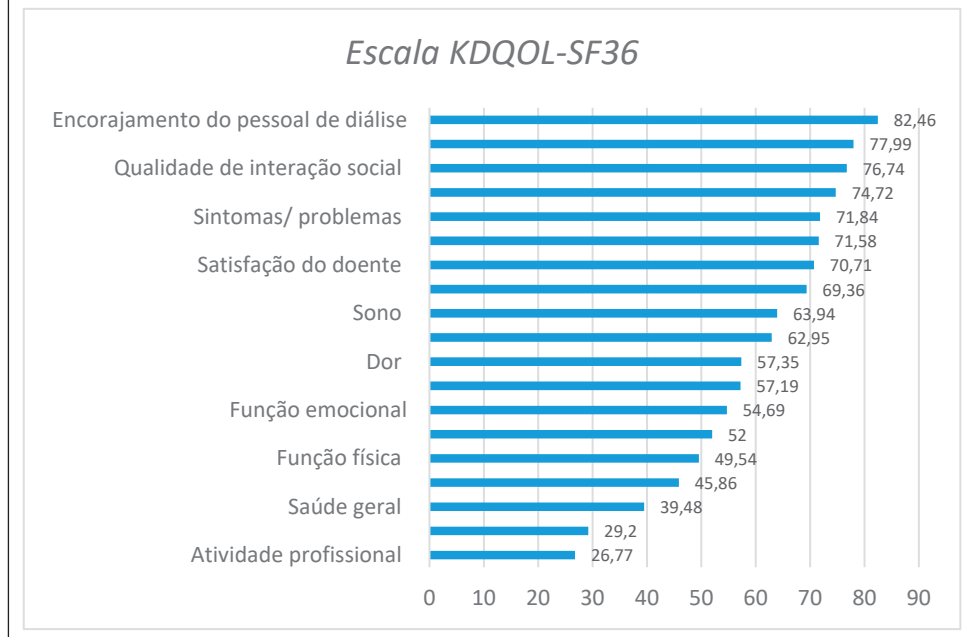
A análise de dados foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS statistics, versão 26.0. Nas estatísticas descritivas foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas para as variáveis categóricas, médias (Md) e desvios padrões para as variáveis contínuas, idade e duração da hemodiálise.

A avaliação das propriedades psicométricas da KDQOL-SF 1.3. foi realizada pelo cálculo da consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach e pela correlação item-total. A consistência interna adequada foi considerada para α : 0,70 e a correlação item-total para valores acima de 0,30. A ANOVA foi utilizada, após verificação dos pressupostos (normalidade das variáveis foi analisada através do teste do Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene) para comparação das dimensões da escala KDQOL-SF 1.3 com variáveis categóricas com três ou mais grupos. As diferenças entre grupos foram avaliadas com o teste de múltiplas comparações de Tukey. As associações com as variáveis da idade e duração da hemodiálise foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Spearman. O teste do Qui-quadrado do ajuste foi utilizado para avaliar se a distribuição de frequências observadas diferia de uma distribuição teórica na escala SF-36. O nível de significância considerado para rejeição da hipótese nula foi de 5%.

Resultados

A idade média [desvio padrão (dp)] dos participantes foi de 66,38 (12,45) e a duração média do tratamento (dp) 5,35 (5,61). Os doentes eram principalmente da zona centro ($n = 112$, 41,8%), mas com prevalência assinalável das zonas de Lisboa e Vale do Tejo ($n = 81$, 30,2%) e norte ($n = 75$, 28,0%), maioritariamente do sexo masculino ($n = 177$, 66,0%). As habilitações literárias da amostra eram predominantemente baixas, com quase 50% dos doentes enquadrados na categoria $\leq 1^\circ$ ciclo completo ($n = 130$, 48,5%). Seguiu-se o ensino básico completo, com 58 (21,7%) doentes. Apenas 28 (10,4%) tinham concluído o ensino superior, 51 (19,0%) possuía o ensino secundário completo. Uma grande parte dos doentes estavam reformados ($n = 216$, 80,6%), apenas 31 (11,5%) estavam empregados, 16 (6,0%) estavam desempregados e um era estudante.

Como verificamos na Figura 1, as dimensões com pior resultado são a dimensão Atividade profissional (26,77) e Peso da doença (29,20). No que lhe concerne, as dimensões com melhor pontuação foram o Encorajamento do pessoal de diálise (82,46) e Apoio social (77,99).

Figura 1*Scores médios de todas dimensões da escala KDQOL-SF*

Na Tabela 1 apresenta-se a comparação dos valores das dimensões do SF-36 da amostra do presente estudo e da amostra do estudo de Ferreira & Santana (2003) que estabeleceu os valores de referência para a população portuguesa. Verificamos que a pontuação de todas as dimensões é inferior na

amostra aqui apresentada quando comparados com os valores padrão para a população portuguesa. Também podemos inferir que existe evidência estatisticamente significativa ($p < 0,001$) para afirmar que os doentes renais crónicos apresentam menor QV que a restante população.

Tabela 1*Teste T de Student – Inferência Estatística dimensões SF-36*

36-item health survey (SF-36)	Valor referência	Valor amostra	Valor prova
Função física	75,27	49,54	$p < 0,001$
Condição física	71,21	45,86	$p < 0,001$
Dor	63,34	57,35	$p < 0,001$
Saúde geral	55,83	39,48	$p < 0,001$
Bem-estar emocional	64,04	59,36	$p < 0,001$
Função emocional	73,56	54,69	$p < 0,001$
Função social	74,95	57,19	$p < 0,001$
Energia e fadiga	58,43	52,00	$p < 0,001$

Como podemos verificar na Tabela 2, observou-se que o nível escolar mais baixo ($\leq 1.^\circ$ ciclo completo) se associou com valores mais baixos nas dimensões de atividade profissional ($F = 7,45$, $p < 0,001$) na comparação com o ensino secundário e superior, valores mais baixos de encorajamento do pessoal de diálise ($F = 3,89$, $p = 0,010$), na comparação com o ensino superior, valores mais baixos de função física ($F = 13,75$, $p < 0,001$), na comparação com o ensino básico, ensino secundário e

ensino superior, valores mais baixos de condição física ($F = 5,83$; $p = 0,001$), na comparação com ensino secundário e ensino superior, valores mais baixos de dor ($F = 3,40$; $p = 0,018$), em comparação com o ensino básico, valores mais baixos de bem-estar emocional ($F = 5,49$; $p = 0,001$), em comparação com o ensino secundário, valores mais baixos de função emocional ($F = 6,44$; $p < 0,001$) em comparação com o ensino básico, ensino secundário e ensino superior, valores mais baixos de energia e fadiga (F

= 4,43; $p = 0,005$) na comparação com o ensino básico e valores mais baixos do 'ranking' de saúde global ($F = 5,39$; $p = 0,001$), na comparação com o ensino secundário e ensino superior. As dimensões da atividade profissional, função cognitiva, condição física, bem-estar emocional, função emocional, energia e fadiga e 'ranking' de saúde global associaram-se de forma estatisticamente significativa

e negativa com idade, embora com tamanho de efeito reduzido ($< 0,30$). Já no caso da função física, a correlação foi moderada ($r_s = -0,383$, $p < 0,001$), sugerindo que doentes mais velhos apresentam maior comprometimento desta função. Perante o descrito podemos inferir que os doentes com níveis de escolaridade mais baixo apresentam pior QV que os doentes com escolaridade mais elevada.

Tabela 2

Comparação da escala KDQOL- SF com as habilitações literárias

KDQOL.SF	≤ 1º ciclo Completo ¹	EB completo ²	ESec completo ³	Esup completo ⁴	ANOVA
ESRD – targeted Areas					
Sintomas/ problemas	69,39 (19,69)	73,66 (18,51)	73,63 (16,01)	76,12 (20,08)	$F = 1,52$; $p = 0,209$
Efeitos da doença renal na vida diária	59,48 (24,76)	66,06 (21,33)	69,13 (21,20)	60,42 (24,07)	$F = 2,52$; $p = 0,059$
Peso da doença renal	2,48 (20,54)	30,23 (22,61)	34,88 (26,16)	35,94 (22,48)	$F = 2,16$; $p = 0,094$
Atividade profissional	17,74 (30,04) ^{3,4}	30,19 (33,02)	34,00 (40,96) ¹	50,00 (46,90) ¹	$F = 7,45$; $p < 0,001$
Função cognitiva	71,46 (21,67)	77,19 (18,39)	78,43 (17,36)	77,86 (19,21)	$F = 2,25$; $p = 0,083$
Qualidade de interação social	74,27 (22,10)	80,00 (19,15)	78,17 (15,89)	78,81 (16,03)	$F = 1,37$; $p = 0,253$
Função sexual	64,24 (33,69)	71,05 (29,77)	83,82 (30,86)	77,08 (32,35)	$F = 1,57$; $p = 0,203$
Sono	62,73 (17,21)	64,00 (19,75)	65,07 (17,80)	67,16 (19,12)	$F = 0,52$; $p = 0,670$
Apoio social	75,26 (29,13)	78,07 (29,24)	80,39 (24,88)	85,12 (15,94)	$F = 1,20$; $p = 0,312$
Encorajamento do pessoal de diálise	86,61 (20,06) ⁴	81,36 (23,04)	79,00 (26,54)	71,43 (29,63) ¹	$F = 3,89$; $p = 0,010$
Satisfação do doente	70,87 (22,61)	69,25 (22,25)	70,33 (25,26)	73,21 (24,57)	$F = 0,19$; $p = 0,903$
36-item health survey (SF-36)					
Função física	39,38 (27,33) ^{2,3,4}	53,64 (28,26) ¹	61,90 (27,50) ¹	67,59 (24,35) ¹	$F = 13,75$; $p < 0,001$
Condição física	37,87 (29,36) ^{3,4}	50,58 (30,48)	55,00 (31,82) ¹	56,03 (29,49) ¹	$F = 5,83$; $p = 0,001$
Dor	51,54 (29,15) ²	64,87 (28,82) ¹	58,97 (30,52)	64,29 (31,02)	$F = 3,40$; $p = 0,018$
Saúde geral	38,13 (19,11)	40,20 (17,15)	41,51 (20,10)	40,95 (19,28)	$F = 0,43$; $p = 0,733$
Bem-estar emocional	64,62 (22,73) ³	70,39 (20,48)	77,92 (17,20) ¹	73,71 (18,03)	$F = 5,49$; $p = 0,001$
Função emocional	45,80 (29,55) ^{2,3,4}	62,80 (29,51) ¹	61,67 (34,5) ¹	64,58 (31,88) ¹	$F = 6,44$; $p < 0,001$
Função social	57,16 (26,64)	58,23 (31,45)	54,92 (29,80)	58,52 (33,05)	$F = 0,10$; $p = 0,960$
Energia e fadiga	47,17 (22,83) ²	53,51 (21,30) ¹	58,60 (23,82)	58,93 (19,50)	$F = 4,43$; $p = 0,005$
Ranking de saúde global	56,72 (14,72) ^{3,4}	62,46 (15,25)	64,52 (15,02) ¹	65,68 (15,99) ¹	$F = 5,39$; $p = 0,001$

Nota. EB = Ensino básico; Esec = Ensino secundário; Esup = Ensino superior; os números elevados em relação ao texto assinalam as diferenças estatisticamente significativas entre grupos, avaliadas por testes Tukey.

Na avaliação da idade verificamos que as dimensões da atividade profissional ($p < 0,01$), função cognitiva ($p < 0,05$), condição física ($p < 0,01$), bem-estar emocional ($p < 0,05$), função emocional ($p < 0,05$), energia e fadiga ($p < 0,01$) e 'ranking' de saúde global ($p < 0,01$) associaram-se de forma estatisticamente significativa

e negativa com idade, embora com tamanho de efeito reduzido ($r < 0,30$), sugerindo que doentes mais velhos apresentam maior comprometimento dessas funções, confirmando a hipótese de que os doentes mais jovens apresentam melhor QV, como podemos constatar na Tabela 3.

Tabela 3*Associação da escala KDQOL-SF com a idade*

KDQOL.SF	Idade
ESRD – Targeted Areas	
Sintomas/ problemas	$r_s = -0,115$
Efeitos da doença renal na vida diária	$r_s = -0,047$
Peso da doença renal	$r_s = -0,005$
Atividade profissional	$r_s = -0,232^{**}$
Função cognitiva	$r_s = -0,133^*$
Qualidade de interação social	$r_s = -0,022$
Função sexual	$r_s = -0,108$
Sono	$r_s = -0,051$
Apoio social	$r_s = -0,069$
Encorajamento do pessoal de diálise	$r_s = 0,085$
Satisfação do doente	$r_s = -0,054$
36-item health survey (SF-36)	
Função física	$r_s = -0,383^{**}$
Condição física	$r_s = -0,266^{**}$
Dor	$r_s = -0,114$
Saúde geral	$r_s = 0,010$
Bem-estar emocional	$r_s = -0,146^*$
Função emocional	$r_s = -0,134^*$
Função social	$r_s = -0,088$
Energia e fadiga	$r_s = -0,18^{4**}$
Ranking de saúde global	$r_s = -0,205^{**}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; correlação calculada com o coeficiente de correlação de Spearman, após verificação de assimetria na distribuição da variável idade.

Como podemos verificar na Tabela 4, detetaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de encorajamento do pessoal de diálise ($F = 4,72$; $p = 0,010$) e dor ($F = 3,20$; $p = 0,042$). Na dimensão do encorajamento do pessoal de diálise, a região norte obteve pontuações

mais elevadas que a região centro e Lisboa e Vale do Tejo. Na dimensão da dor o norte obteve pontuações mais elevadas que a região Centro. Os dados apresentados não validam a hipótese de que QV dos doentes é igual na zona norte, centro e Lisboa e Vale do Tejo.

Tabela 4*Comparação da escala KDQOL-SF com a área de residência*

KDQOL-SF	Norte ¹	Centro ²	LVT ³	ANOVA
ESRD – Targeted Areas				
Sintomas/ problemas	72,75 (21,21)	71,72 (18,91)	71,15 (16,62)	F = 0,14; <i>p</i> = 0,867
Efeitos da doença renal na vida diária	63,96 (23,89)	64,37 (24,19)	60,09 (22,27)	F = 0,85; <i>p</i> = 0,430
Peso da doença renal	26,82 (21,49)	30,06 (23,30)	29,98 (22,23)	F = 0,36; <i>p</i> = 0,697
Atividade profissional	25,68 (34,37)	22,38 (34,66)	34,00 (39,56)	F = 2,32; <i>p</i> = 0,101
Função cognitiva	75,11 (20,04)	75,33 (21,38)	73,50 (18,46)	F = 0,21; <i>p</i> = 0,811
Qualidade de interação social	77,87 (18,92)	76,85 (21,87)	75,53 (17,85)	F = 0,27; <i>p</i> = 0,765
Função sexual	75,93 (28,15)	70,83 (30,81)	68,33 (37,68)	F = 0,39; <i>p</i> = 0,676
Sono	65,79 (17,29)	61,84 (19,59)	64,81 (16,66)	F = 1,12; <i>p</i> = 0,328
Apoio social	80,22 (26,09)	75,15 (30,18)	79,79 (23,97)	F = 1,02; <i>p</i> = 0,362
Encorajamento do pessoal de diálise	88,17 (17,66) ^{2,3}	82,75 (24,87) ¹	76,72 (25,37) ¹	F = 4,72; <i>p</i> = 0,010
Satisfação do doente	75,56 (21,11)	69,44 (25,22)	67,90 (21,53)	F = 2,43; <i>p</i> = 0,090
36-item health survey (SF-36)				
Função física	48,31 (30,38)	46,01 (29,56)	55,57 (26,84)	F = 2,58; <i>p</i> = 0,078
Condição física	46,50 (30,66)	43,38 (32,23)	48,52 (29,98)	F = 0,62; <i>p</i> = 0,541
Dor	63,00 (29,72) ²	52,06 (30,19) ¹	59,13 (28,94)	F = 3,20; <i>p</i> = 0,042
Saúde geral	39,28 (19,22)	38,98 (20,61)	40,36 (15,77)	F = 0,11; <i>p</i> = 0,894
Bem-estar emocional	71,15 (18,88)	67,67 (21,75)	70,00 (22,93)	F = 0,64; <i>p</i> = 0,527
Função emocional	57,33 (31,60)	50,24 (33,46)	58,11 (28,83)	F = 1,73; <i>p</i> = 0,179
Função social	62,92 (28,43)	55,07 (27,98)	54,17 (29,62)	F = 1,72; <i>p</i> = 0,182
Energia e fadiga	51,67 (22,81)	49,55 (22,62)	55,69 (22,76)	F = 1,70; <i>p</i> = 0,184
Ranking de saúde global	61,75 (14,05)	58,92 (16,01)	61,12 (15,65)	F = 0,89; <i>p</i> = 0,410

Nota. LVT = Lisboa e Vale do Tejo; os números 1,2,e 3 elevados em relação ao texto assinalam as diferenças estatisticamente significativas entre grupos, avaliadas por testes Tukey.

Observou-se que as pontuações da função física ($t = 2,29$, $p = 0,023$), dor ($t = 2,55$; $p = 0,011$), bem-estar emocional ($t = 2,34$, $p = 0,020$) e energia e fadiga foram mais elevadas no sexo masculino e com significado estatisticamente

significativo como podemos verificar Tabela 5. Os dados apresentados confirmam a hipótese de que os doentes do sexo masculino apresentam melhor QV que os doentes do sexo feminino.

Tabela 5

Comparação da escala KDQOL-SF com o sexo

KDQOL-SF	Masculino	Feminino	Teste-T
ESRD – Targeted Areas			
Sintomas/ problemas	73,37 (17,93)	68,68 (20,49)	$t = 1,89, p = 0,060$
Efeitos da doença renal na vida diária	64,24 (23,28)	60,44 (23,91)	$t = 1,23, p = 0,219$
Peso da doença renal	29,23 (22,53)	29,13 (22,40)	$t = 0,03, p = 0,978$
Atividade profissional	25,90 (35,98)	28,41 (36,98)	$t = -0,52, p = 0,601$
Função cognitiva	75,17 (20,22)	73,85 (19,97)	$t = 0,51, p = 0,614$
Qualidade de interação social	77,82 (19,83)	74,67 (19,87)	$t = 1,22, p = 0,223$
Função sexual	70,91 (30,83)	73,08 (36,35)	$t = -0,28, p = 0,779$
Sono	64,65 (18,63)	62,52 (16,81)	$t = 0,87, p = 0,384$
Apoio social	78,38 (27,81)	77,22 (26,38)	$t = 0,33, p = 0,744$
Encorajamento do pessoal de diálise	82,59 (23,79)	82,22 (23,18)	$t = 0,12, p = 0,905$
Satisfação do doente	70,40 (22,89)	71,30 (23,71)	$t = -0,30, p = 0,767$
36-item health survey (SF-36)			
Função física	52,49 (28,43)	43,82 (29,93)	$t = 2,29, p = 0,023$
Condição física	46,02 (31,11)	45,54 (31,12)	$t = 0,12, p = 0,907$
Dor	60,73 (28,73)	50,89 (31,26)	$t = 2,55, p = 0,011$
Saúde geral	40,26 (17,84)	37,95 (20,55)	$t = 0,88, p = 0,377$
Bem-estar emocional	71,52 (20,24)	65,08 (22,84)	$t = 2,34, p = 0,020$
Função emocional	55,88 (31,39)	52,28 (32,32)	$t = 0,85, p = 0,395$
Função social	56,61 (28,96)	58,21 (28,54)	$t = -0,37, p = 0,710$
Energia e fadiga	54,49 (22,96)	47,08 (21,71)	$t = 2,53, p = 0,012$
Ranking de saúde global	61,20 (14,87)	58,77 (16,27)	$t = 1,23, p = 0,221$

Discussão

Nos resultados obtidos verificamos que as dimensões com pior pontuação são a dimensão Atividade profissional (26,77) e Peso da doença (29,20) que estão em sintonia com os estudos desenvolvidos por Hays et al. (1995; Alisherovna et al., 2022), e Póvoa (2022). No que lhe concerne, as dimensões com melhor pontuação foram o Encorajamento do pessoal de diálise (82,46) e Apoio social (77,99) que vai ao encontro do trabalho realizado por (Gerasimoula et al., 2015) e (Póvoa, 2022).

É relevante destacar que as diferenças de pontuação entre as dimensões podem ter implicações clínicas importantes. A baixa pontuação nas dimensões "Atividade profissional" e "Peso da doença" pode indicar a necessidade de intervenções específicas para melhorar a QV dos doentes nessas áreas, como suporte psicossocial, reabilitação vocacional ou gestão do peso. Por outro lado, as altas pontuações nas dimensões "Encorajamento do pessoal de diálise" e "Apoio social" podem sugerir que esses fatores podem ser fortalezas a serem mantidas e aprimoradas na gestão da QV.

Neste estudo foi constatado que indivíduos com níveis de educação correspondentes ao ensino secundário e superior obtiveram pontuações mais altas, sugerindo uma melhor QV, especialmente nas dimensões relacionadas à atividade profissional, encorajamento do pessoal de diálise, função física, condição física, dor, bem-estar emocional, função emocional, energia e fadiga, e percepção da saúde global. Esses resultados estão em consonância com o estudo de Manavalan et al. (2017), que também evidenciou a relação entre o nível de escolaridade e a QV. Estudos anteriores também revelaram uma percepção melhorada da QV em indivíduos com maior nível de educação, com diferenças significativas em várias dimensões (Ferreira & Anes, 2010). Esses achados podem ser explicados pelo fato de que indivíduos com maior nível de escolaridade possuem maior acesso a informações, mais recursos intelectuais e maior capacidade de adaptação à doença renal, seu tratamento e suas consequências.

Na análise da variável idade verificamos que dimensões da atividade profissional, função cognitiva, condição física, bem-estar emocional, função emocional, energia e fadiga e 'ranking' de saúde global associaram-se de forma estatística.

ticamente significativa e negativa com idade, com efeito, reduzido e a função física, com efeito moderado. Estes valores estão em sintonia com os estudos de (Nadeem et al., 2021), e Anes & Ferreira (2009) que demonstraram que a idade influenciava a QV dos doentes renais crónicos. Na nossa análises da associação entre a QV e a área de residência, observamos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de encorajamento do pessoal de diálise ($p = 0,010$) e dor ($p = 0,042$), com a região norte a apresentar pontuações mais altas em comparação com as demais regiões. Esses resultados sugerem que os doentes da região norte apresentam melhor tolerância à dor e são mais incentivados pelos profissionais de saúde na gestão da doença. Esses achados estão em concordância com o estudo de Zahid et al. (2021), que também encontrou evidências de que a área de residência tem impacto na QV de doentes com doença renal crónica em um estudo multicêntrico com 271 participantes. Os resultados deste estudo salientaram que o sexo masculino apresentava melhor QV, nomeadamente nas dimensões função física, dor, bem-estar emocional, energia e fadiga. Estes valores vêm comprovar a afirmação de Santos et al. (2014). Anes & Ferreira (2009) também afirmaram o mesmo no seu estudo, nomeadamente nas dimensões: sintomas/problemas, efeitos da doença renal na vida diária, dor, função emocional e vitalidade.

As principais limitações deste estudo incluíram o tamanho relativamente reduzido da amostra, a dificuldade de adesão ao estudo, bem como a baixa consistência interna de algumas dimensões do instrumento, o que pode ter impacte nos resultados obtidos. Além disso, é importante salientar que a amostra utilizada neste estudo foi obtida nas várias regiões de Portugal com exceção do Algarve, o que pode limitar a generalização dos resultados para essa região e para outros países.

Na tentativa de percebermos se o doente renal apresentava a mesma QV da restante população, comparamos os valores obtidos no SF-36 com o valor de referência para a população geral e em todas as dimensões obtivemos resultados inferiores e estatisticamente significativos ($p < 0,001$) para afirmar que o doente renal crónico tem menor QV que a população geral. Resultado expectável, atendendo às comorbilidades associadas aos DRC e ao facto de se tratar de uma patologia que atinge maioritariamente pessoas com mais idade, o que por si só já é uma variável da diminuição da QV.

Conclusão

Na temática da QV, verificou-se que os domínios do encorajamento do pessoal da diálise (82,46) e o apoio social (77,49) são os que apresentam as pontuações mais elevadas. Por sua vez, os domínios da atividade profissional (26,77) e peso da doença renal (29,2) são os que apresentam as pontuações mais baixas.

Ficou plasmado neste trabalho ($p < 0,001$) que os doentes renais crónicos em programa regular de hemodialise apresentam pontuações mais baixas em todos os domínios do SF-36 quando comparados com a População portuguesa

em geral o que traduz a diminuição da QV do doente renal crónico em programa regular de hemodiálise. Conclui-se também que a área de residência teve impacto na QV nos domínios da dor ($p = 0,042$) e encorajamento do pessoal de diálise ($p = 0,010$), onde a região norte apresentava pontuações mais elevadas que as restantes. Da mesma forma o sexo masculino apresentou pontuações mais elevadas e estatisticamente significativas nos domínios da função física ($p = 0,023$), dor ($p = 0,011$), bem-estar emocional $p = 0,020$ e energia e fadiga ($p = 0,012$), inferindo-se desta forma que o sexo influencia a QV destes doentes. Em sintonia conseguiu-se inferir que a área de residência tem impacto na QV dos doentes nas dimensões, atividade profissional ($p = 0,101$), encorajamento do pessoal de diálise ($p = 0,010$) e dor ($p = 0,042$) onde a região norte apresentava pontuações mais elevadas que os demais. Em sintonia com o anteriormente plasmado, verificou-se que a idade associou-se de forma negativa com a QV na atividade profissional ($p < 0,05$), função cognitiva, condição física ($p < 0,05$), bem-estar emocional ($p < 0,001$), função emocional ($p < 0,001$), energia e fadiga ($p < 0,001$) e 'ranking' de saúde global ($p < 0,001$).

Conclui-se também que o tempo de tratamento em hemodiálise apresentou uma relação negativa e estatisticamente significativa nas dimensões apoio social ($p < 0,05$), satisfação do doente ($p < 0,05$), dor ($p < 0,001$) e satisfação do doente ($p < 0,001$) e 'ranking' de saúde global ($p < 0,001$).

Os resultados obtidos nesta pesquisa, que apontaram para uma diminuição da QV em diversas dimensões nos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise quando comparados com a população portuguesa em geral, apontam para a necessidade de implementação de planos de ação para melhoria da QV.

Torna-se primordial desenvolver programas que visem a melhoria da literacia em saúde e de promoção e educação em saúde, uma vez que foi observado que doentes com maior escolaridade apresentaram melhor QV. Ações de informação, orientação e capacitação dos doentes para o autocuidado, bem como o fornecimento de materiais educativos claros e acessíveis são exemplos de possíveis ações.

Além disso, é importante abordar cada dimensão da QV de forma isolada, Procurando estratégias específicas para cada uma delas. Por exemplo, programas de intervenção que visem a melhoria da condição física, através de exercícios físicos adequados e acompanhados por profissionais de saúde, podem ter impacto positivo na função física e energia/fadiga dos doentes renais crónicos.

Finalmente, mas certamente não menos importante, a implementação de programas que ofereçam apoio emocional aos doentes, como grupos de apoio psicossocial, terapias de suporte emocional, e a promoção de atividades que estimulem o bem-estar emocional, como terapia ocupacional e práticas de relaxamento.

Sugere-se, em futuras uinvestigações, a realização de estudos longitudinais com desenhos de estudo robustos com recurso a amostras probabilísticas de forma a fornecer resultados e evidências mais robustas para a compreensão da temática em estudo.

Contribuição de autores

Conceptualização: Silva, A., Frazão, J., Pimenta, R.

Tratamento de dados: Silva, A., Pimenta, R.

Análise formal: Silva, A., Pimenta, R.

Investigação: Silva, A.

Metodologia: Silva, A., Frazão, J., Pimenta, R.

Administração de projeto: Silva, A., Pimenta, R.

Vizualização: Silva, A., Pimenta, R.

Redação - rascunho original: Silva, A.

Redação - análise e edição: Silva, A., Frazão, J., Pimenta, R.

Referências bibliográficas

- Alisherovna, K. M., Djamshedovna, K. D., & Kayumovna, A. S. (2022). Evaluate the Quality of Life using the KDQOL-SFTM Questionnaire. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(1), 26-31.
- Anes, E., & Ferreira, P. L. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67-82. <http://hdl.handle.net/10198/5077>
- Casselhas, D. A., Magalhães, I. S., & Nakasu, M. V. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise de um hospital de Minas Gerais. *Revista de Medicina*, 99(5), 456-462. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p456-462>
- Santos, I. G., Castilho, M. S., Viso, B. F., Favano, G., Carreira, M. I., Mello, T. R., & Gomes, R. A. (2014). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. *Diagnóstico e Tratamento*, 19(1), 3-9. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n1/a3960.pdf>
- Ferreira, P. L., & Anes, E. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: Criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2010.08.001>
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30. <http://hdl.handle.net/10316/13656>
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R., Lopes, J. A., Amoedo, M., & Silva, G. (2021). *Sociedade: Gabinete do registo da doença renal crónica*. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. <https://www.spnefro.pt/sociedade/gabinete-de-registo-de-doenca-renal-terminal>
- Gerasimoula, K., Lefkothea, L., Maria, L., Victoria, A., Paraskevi, T., & Maria, P. (2015). Quality of life in hemodialysis patients. *Materia Socio Medica*, 27(5), 305-309. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.305-309>
- Gomes, L. E., Lopes, A., Castro, C., Zanatta, A., Pfaffenbach, G., Julia, A., & Cardoso, L. (2021). Qualidade de vida do paciente portador de doença renal crónica. *Revista Ciência & Inovação*, 5(1), 63-73. <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2012.1.9734>
- Hays, R., Kallich, J., Mapes, D., Coons, S., & Amin, N. (1995). *Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF), version 1.3: A manual for use and scoring*. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7994.pdf>
- Mejia, B., & Merchian, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1944/1860>
- Manavalan, M., Majumdar, A., Harichandra Kumar, K. T., & Priyamvada, P. S. (2017). Assessment of health-related quality of life and its determinants in patients with chronic kidney disease. *Indian Journal of Nephrology*, 27(1), 37-43. <https://doi.org/10.4103/0971-4065.179205>
- Medeiros, R., Nunes, M., de Sousa, A., Martha, R., Nunes, V., Costa, T., Moraes, J., & Diniz, M. (2015). Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos em hemodiálise. *Revista Enfermagem UFPE online*, 9(9), 1018-1027. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900037>
- Nadeem, Z., Bashir, A., Qadeer, A., Khan, M., & Khan, S. (2021). Assessment of quality of life in patients with end stage renal failure using KDQOL-SF. *Archives of Renal Diseases and Management*, 6(1), 15-22. <https://doi.org/10.17352/2455-5495.000037>
- Nunes, C., & Lobo, A. (2012). Estudo das dimensões da qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 39-45. <https://doi.org/10.12707/RIII1215>
- Póvoa, A. (2022). *Qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/4028>
- Pretto, C. R., Winkelmann, E. R., Hildebrandt, L. M., Barbosa, D. A., Colet, C. F., & Stumm, E. M. (2020). Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Revista Latino-Americana*, 28, e3327. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
- Ribeiro, I. A. (2019). *Tradução e validação da escala Integrated Palliative Care Outcome Scale-Renal (IPOS-RENAL) para Portugal* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2269>
- Skoumalova, I., Madarasova Geckova, A., Rosenberger, J., Majernikova, M., Kolarcik, P., Klein, D., Winter, A. F., Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2021). Health-related quality of life profiles in dialyzed patients with varying health literacy: A cross-sectional study on slovak hemodialyzed population. *International Journal of Public Health*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.585801>
- Zahid, N., Abdul, B., Abdul, Q., Mirwais, K., & Sandal, K. (2021). Assessment of quality of life in patients with end stage renal failure using KDQOL-SF. *Archives of Renal Diseases and Management*, 6(1), 15-22. <https://dx.doi.org/10.17352/2455-5495.000037>