



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém

Qualidade de Vida dos doentes submetidos a tratamento de Hemodiálise

**Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre na área
de Gestão de Unidades de Saúde**

Ana Sofia Cipriano Póvoa

Orientadora

Professora Doutora Susana Leal

2022, março

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, agradeço todo o apoio e carinho. Mais uma etapa atingida e dedicada a vós.

Aos meus amigos, obrigada pela compreensão e incentivo.

Aos doentes e à clínica de diálise, o meu agradecimento pois sem a vossa colaboração, este trabalho não seria possível.

À professora Susana Leal, um especial agradecimento pela disponibilidade, prontidão e incentivo nesta jornada.

Foi um sonho, que se tornou realidade graças ao vosso apoio!

A todos, o meu Obrigada!

RESUMO

Este estudo pretende analisar a qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise. É um estudo de carácter quantitativo, descritivo, transversal e não-experimental. Como instrumento de medida foi utilizado o *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SF). A amostra foi composta por 87 doentes renais crónicos, submetidos a tratamento de hemodiálise, maioritariamente do género masculino, com uma média de idade de 63,27 anos. Mais de metade dos participantes eram casados e a maioria vivia com a sua família. Grande parte completou o 1º ciclo e 78,2% estavam reformados / aposentados. Concluiu-se que há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e a idade, o género, o nível de escolaridade, a situação profissional do doente, o tempo de tratamento de hemodiálise e a pandemia COVID-19. Não há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e a situação / apoio familiar do doente.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, Doença Renal Crónica, Hemodiálise, COVID-19.

ABSTRACT

This study aims to analyze the quality of life of patients undergoing treatment for hemodialysis. It is a quantitative, descriptive, cross-sectional and non-experimental study. The Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF) was used as a measurement instrument. The sample consisted of 87 chronic kidney patients undergoing treatment hemodialysis patients, mostly male, with an average age of 63,27 years old. More than half of the participants were married and most lived with their family. A large part completed the first cycle and 78,2% were retired / retired. Concluded that there is a relationship between the quality of life of patients undergoing hemodialysis treatment and the age, gender, level of education, the patient's professional situation, time of hemodialysis treatment and the COVID-19 pandemic. There is no relationship between the quality of life of patients undergoing hemodialysis treatment and the patient's family situation/support.

Keywords: Quality of Life, Chronic Kidney Failure, Hemodialysis, COVID-19.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA E HIPÓTESES DO ESTUDO	3
2.1 Qualidade de Vida	3
2.2 Doença Renal Crónica	5
2.2.1 Técnicas de Substituição da Função Renal.....	6
2.2.2 A Doença Renal Crónica Terminal em Portugal	8
2.2.3 Diálise e a Pandemia COVID-19.....	10
2.3 Hipóteses do estudo.....	11
3 MÉTODO.....	15
3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão	15
3.2 Procedimentos de Amostragem.....	15
3.3 Amostra	16
3.4 Instrumento de medida.....	18
3.4.1 Kidney Disease Quality of Life – Short Form Instrument (KDQOL-SF)	18
3.4.2 Variáveis sociodemográficas	21
3.4.3 Procedimentos das variáveis.....	22
3.5 Análise de Consistência Interna	22
4 RESULTADOS	24
4.1 Análise descritiva dos dados	24
4.1.1 Análise descritiva: Explorando os dados	24
4.1.2 Médias, desvios-padrão e correlações	34
4.2 Teste do modelo de investigação.....	39
5 DISCUSSÃO	52
6 CONCLUSÃO	56
6.1 Principais conclusões.....	56
6.2 Implicações.....	56
6.3 Limitações e estudos futuros	57

REFERÊNCIAS.....	58
ANEXOS	61
ANEXO A – INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	61
ANEXO B – RECODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS	70
ANEXO C – TESTES DA NORMALIDADE DOS DADOS	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de investigação	14
Figura 2 - Procedimento de Amostragem	16
Figura 3 - Valores médios das dimensões da escala KDQOL-SF36, por ordem decrescente	35
Figura 4 - Valores médios, por grupo etário, do desempenho emocional	40
Figura 5 - Valores médios, por género	42
Figura 6 - Valores médios, por escolaridade	44
Figura 7 - Valores médios, por situação profissional	46
Figura 8 - Valores médios, por tempo de tratamento de hemodiálise, da função física	49
Figura 9 - Valores médios, para variável Pandemia COVID-19	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da Doença Renal Crónica	5
Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica	17
Tabela 3 - Caracterização Clínica.....	18
Tabela 4 - Representação das questões por dimensão do KDQOL-SF	20
Tabela 5 - Alpha de Cronbach	22
Tabela 6 - Análise das frequências da dimensão “Sintomas / Problemas” (α cronbach=0,849)	24
Tabela 7 - Análise das frequências da dimensão “Efeitos da Doença Renal na Vida Diária” (α cronbach=0,818)	25
Tabela 8 - Análise das frequências da dimensão “Peso da Doença Renal” (α cronbach=0,740)	26
Tabela 9 - Análise das frequências da dimensão “Atividade Profissional” (α cronbach=0,522).	26
Tabela 10 - Análise das frequências da dimensão “Função Cognitiva” (α cronbach=0,740).....	26
Tabela 11 - Análise das frequências da dimensão “Qualidade da Interação Social” (α cronbach=0,402)	27
Tabela 12 - Análise das frequências da dimensão “Função Sexual” (α cronbach=0,921)	27
Tabela 13 - Análise das frequências da dimensão “Sono” (α cronbach=0,711)	28
Tabela 14 - Análise das frequências da dimensão “Apoio Social” (α cronbach=0,811).....	28
Tabela 15 - Análise das frequências da dimensão “Encorajamento do pessoal da diálise” (α cronbach=0,878)	28
Tabela 16 - Análise das frequências da dimensão “Satisfação do doente”	29
Tabela 17 - Análise das frequências da dimensão “Função Física” (α cronbach=0,946)	29
Tabela 18 - Análise das frequências da dimensão “Desempenho Físico” (α cronbach=0,896) ..	30
Tabela 19 - Análise das frequências da dimensão “Dor” (α cronbach=0,899).....	30
Tabela 20 - Análise das frequências da dimensão “Saúde em geral” (α cronbach=0,690).....	31
Tabela 21 - Análise das frequências da dimensão “Função Emocional” (α cronbach=0,908)	32
Tabela 22 - Análise das frequências da dimensão “Desempenho Emocional” (α cronbach=0,813)	32
Tabela 23 - Análise das frequências da dimensão “Função Social” (α cronbach=0,750).....	33
Tabela 24 - Análise das frequências da dimensão “Vitalidade” (α cronbach=0,816)	33
Tabela 25 - Análise das frequências da dimensão “COVID-19 e Qualidade de Vida”	34
Tabela 26 - Médias, desvios-padrão e coeficientes de correlação de Spearman	37
Tabela 27 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 por grupo etário.....	40
Tabela 28 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Mann-Whitney para a ESRD e SF-36 por género	41
Tabela 29 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 por escolaridade	43
Tabela 30 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Mann-Whitney para a ESRD e SF-36 por situação profissional.....	45
Tabela 31 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Mann-Whitney para a ESRD e SF-36 por situação familiar	46
Tabela 32 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 por tempo de tratamento de hemodiálise	48
Tabela 33 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 para a Pandemia COVID-19	51

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

ESRD – *End Stage Renal Disease*

KDQOL-SF – Kidney Disease and Quality of Life Short Form

SF36 – Short Form 36

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, tem-se constatado um aumento da incidência da diálise em Portugal (Anes & Ferreira, 2009), consequência do aumento da doença renal crónica. Esta condição de saúde provoca diversas alterações nas atividades da vida diária do doente, sendo das doenças mais exigentes devido ao tipo de tratamento.

A prevalência da doença renal crónica tem vindo a aumentar ao longo dos anos, constituindo atualmente um problema de saúde pública (Kirsztajn, Bastos & Andriolo, 2011).

Os doentes renais crónicos são diariamente confrontados com o facto da sua vida depender de alta tecnologia e conhecimentos médicos, a fim de permitir a sua sobrevivência através de terapias de substituição da função renal. “A diálise exerce um efeito negativo sobre os níveis de energia e vitalidade do paciente, obrigando-o a adquirir uma série de hábitos adaptativos (Santos et al., 2014, p. 3). Dado este estado de dependência de tratamentos, estes doentes atribuem um maior valor à qualidade de vida.

Atualmente, tem-se assistido a um maior interesse em avaliar a qualidade de vida por parte dos profissionais, no sentido de avaliar os problemas que poderão afetar a saúde e o bem-estar e vida dos doentes. As avaliações do estado de saúde dão-nos informações de modo a permitir comparar os diversos grupos e a deteção de iniquidade relativamente a condições de saúde, áreas geográficas, condições sociais ou condições económicas (Anes & Ferreira, 2009).

Atendendo à linha temporal em que este estudo foi efetuado, é inevitável fazer referência à pandemia da COVID-19 e às suas implicações na qualidade de vida do doente. A pandemia COVID-19 causou diversas mudanças, quer a nível estrutural e organizacional nas instituições de saúde, quer a nível social e psicológico nos profissionais de saúde, doentes e restante sociedade. Contudo, são diariamente aplicadas medidas com o objetivo de proteger doentes e profissionais.

A temática da qualidade de vida dos doentes renais crónicos submetidos a hemodiálise surge de forma a analisar a perceção dos doentes relativamente à sua qualidade de vida, com o intuito de melhoria dos cuidados e da gestão das unidades de saúde afetas. Deste modo, a questão de investigação definida para o presente trabalho é “Como é que o tratamento de hemodiálise afeta a qualidade de vida do doente?”.

O objetivo geral do trabalho é descrever e analisar a qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise. Os objetivos específicos são: (a) avaliar a perceção da qualidade de vida dos doentes hemodialisados, nas diversas dimensões (física, psicológica, social e laboral); (b) relacionar as variáveis sociodemográficas (idade, género, escolaridade e situação profissional) e a qualidade de vida dos doentes hemodialisados; (c) relacionar a variável sociofamiliar (situação familiar) e a qualidade de vida dos doentes hemodialisados; (d) relacionar as variáveis clínicas (tempo de tratamento dialítico e a pandemia COVID-19) e a qualidade de vida dos doentes hemodialisados; (e) relacionar a pandemia COVID-19 com a qualidade de vida dos doentes hemodialisados e respetivo tratamento hemodialítico.

Este trabalho de investigação está estruturado em seis capítulos. O primeiro corresponde à introdução. O segundo capítulo é composto pela revisão da literatura e hipóteses conducentes deste estudo. São, então, abordadas as temáticas relativas à qualidade de vida, à doença renal crónica e respetivas técnicas de substituição da função renal, ao enquadramento da doença renal crónica em Portugal e a pandemia COVID-19. São, ainda, apresentadas as hipóteses do estudo. No terceiro capítulo, são abordadas questões de natureza metodológica. Inicialmente, são apresentados os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos de amostragem e a caracterização da amostra estudada. Seguidamente, é descrito detalhadamente o instrumento de medida, assim como as variáveis demográficas. Por fim, este capítulo finaliza com a análise de consistência interna. No quarto capítulo são apresentados os resultados. Inicialmente, é feita a análise descritiva e exploratória dos dados, seguida da apresentação das médias, desvios-padrão e correlações. Posteriormente, é apresentada a evidência para validação e medição do modelo de investigação proposto. No quinto capítulo é feita a discussão dos resultados. E o sexto, e último capítulo, engloba as principais conclusões, as implicações e finaliza com as limitações e estudos futuros.

2 REVISÃO DA LITERATURA E HIPÓTESES DO ESTUDO

2.1 Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é frequentemente utilizado no dia-a-dia, sendo cada vez mais alvo de estudos científicos. Foi Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos da América, quem em 1964 utilizou pela primeira vez o conceito de qualidade de vida, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Monteiro, Braile, Brandau & Jatene, 2010, p. 568). Previamente, a expressão qualidade de vida era associada a bens materiais com objetivo de melhoria do padrão de vida. Ao longo do tempo, passou a englobar a “sensação de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer enfim, aspetos psicológicos, físicos e sociais, além dos económicos” (Monteiro et al., 2010, p. 568). Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Monteiro et al., 2010, p. 568). Mejía e Merchán (2007) mencionam que “a qualidade de vida é um conceito multidimensional e complexo que inclui aspetos pessoais como a saúde, autonomia, independência, satisfação com a vida e aspetos ambientais como redes de apoio e serviços sociais, entre outros” (p. 11). Anes e Ferreira (2009) referem que a “qualidade de vida é entendida também como uma percepção individual, variando de pessoa para pessoa, dependendo de conceitos e opiniões formadas, de acordo com o meio sociocultural e religioso em que está inserida” (p. 68). Os mesmos autores reforçam ainda que a qualidade de vida abrange uma “vasta série de características físicas e psicológicas e a avaliação dos cuidados em saúde está cada vez mais dirigida para as medições específicas de qualidade de vida na doença, de acordo com o ponto de vista dos doentes” (Ferreira & Anes, 2010, p. 32).

A avaliação da qualidade de vida tem vindo a ganhar grande importância, principalmente, quando se trata de qualidade de vida em saúde. Trata-se de “um conceito subjetivo relacionado com os efeitos percebidos do estado de saúde na capacidade para viver a vida” (Anes & Ferreira, 2009, p. 68). A melhoria da qualidade de vida passou a ser um objetivo a alcançar, depois de práticas clínicas, ações de promoção de saúde e prevenção da doença. É visível o crescente interesse e necessidade da avaliação da qualidade de vida dos doentes, pretendendo monitorizar os diversos efeitos e problemas que poderão interferir no bem-estar e na vida dos doentes. Os parâmetros sobre a qualidade de vida têm sido aplicados como indicadores de

avaliação de eficácia, eficiência e comorbilidades relacionado com diversas doenças. “A qualidade de vida relacionada com a saúde e a percepção do estado de saúde estão associados a um mais alto nível de bem-estar e de satisfação dos indivíduos e, por outro lado, a uma melhor adaptação às circunstâncias e uma maior rentabilidade, contribuindo para uma menor morbilidade e, conseqüentemente, menor despesa” (Anes & Ferreira, 2009, p. 81).

Castro, Caiuby, Draibe e Canziani (2003) reforçam a importância da avaliação da qualidade de vida, mostrando que o foco de qualidade tem sido direcionado aos doentes. O diagnóstico correto, o tratamento adequado e a satisfação do doente, são fatores constituintes do conceito de qualidade (Castro et al., 2003). Esta forma de monitorização da qualidade de vida permitiu definir estratégias na área de saúde, com o controlo da efetividade dos tratamentos e a manutenção da qualidade de vida dos doentes.

“O interesse em quantificar e qualificar a qualidade de vida tem aumentado, tornando-se um importante indicador de saúde e bem-estar dos utentes, especialmente nas situações de doença crónica nas quais a vida se mantém por tecnologia, como é o caso dos pacientes submetidos a tratamento de hemodiálise” (Nunes & Lobo, 2012, p. 40). É do conhecimento geral que o tratamento dialítico interfere com a qualidade de vida, nomeadamente ao nível das relações sociais / familiares e dos efeitos físicos e psicológicos. Importa, assim, avaliar os doentes em tratamento de hemodiálise, atendendo às taxas de comorbilidades e mortalidade, bem como avaliar a sua qualidade de vida, aumentando assim as suas possibilidades de reabilitação (Santos et al., 2014).

Como se tem vindo a referir, este estudo debruça-se sobre a qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise. Estes doentes têm “muitas vezes consciência de se encontrar num estado de sobrevivência, atribuindo, assim, maior relevância à qualidade de vida” (Anes & Ferreira, 2009, p. 68). O tratamento de hemodiálise, no qual o doente permanece ligado a uma máquina de hemodiálise cerca de quatro horas, pelo menos três dias por semana, constitui um longo processo de adaptação, dado que esta realidade passa a ser uma necessidade vital para o doente. Neste contexto, o doente vê a sua autonomia reduzida, perspectiva o futuro de uma forma diferente, e o presente é condicionado pela doença e respetivas exigências, interferindo a nível psicológico, familiar, social e profissional. É fulcral a avaliação da qualidade de vida como indicador dos cuidados de saúde, sendo fundamental a percepção que o doente tem sobre a sua própria saúde.

A qualidade de vida pode ser avaliada por instrumentos genéricos, aplicados à população em geral, ou por instrumentos específicos, que é o caso dos doentes renais crónicos. Para a avaliação da qualidade de vida nos doentes com doença renal em diálise, foi construído em 1997, por Hays et al., o KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life Instrument*), uma escala usada internacionalmente. A versão portuguesa do KDQOL-SF foi validada por Ferreira e Anes (2010), podendo ser utilizada na investigação científica para a população portuguesa. A avaliação da qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise é basilar, pois é através desta avaliação que nos é permitido melhorar a qualidade de prestação de cuidados, das condições físicas e organizacionais, e da gestão da unidade de saúde. Estes itens irão “determinar se as ações, serviços e sistema de saúde se encontram adequados na sua estrutura, processos e resultados e quanto aos aspetos de eficácia, eficiência e efetividade na gestão, constituindo-se num instrumento de controlo interno” (Siqueira, Cezar, & Acioli, 2017, p. 33).

2.2 Doença Renal Crónica

A doença renal, ou insuficiência renal, consiste na perda da função renal. Vulgarmente, a doença renal desenvolve-se em ambos os rins, no entanto, basta apenas um rim para manter a função renal completamente normal. Esta patologia pode ser designada, de um modo geral, em: (a) doença renal aguda, quando aparece de forma brusca, tendendo normalmente a recuperar. A sua instalação e resolução raramente ultrapassa os três meses e geralmente tem cura, sem deixar sequelas; (b) doença renal crónica ocorre quando a falência dos rins se produz de forma lenta e progressiva, normalmente superior a três meses, sem possibilidades de recuperação (Inker et al., 2014).

A doença renal crónica é classificada atualmente em 5 estadios, de acordo com o grau da função renal (Tabela 1) (Inker et al., 2014 citado por Bastos, 2012).

Tabela 1 - Classificação da Doença Renal Crónica

Estadio	Descrição
1	Lesão renal com função renal normal
2	Insuficiência renal leve
3	Insuficiência renal moderada
4	Insuficiência renal severa
5	Insuficiência renal terminal ou dialítica

Fonte: Inker et al. (2014)

É no estadio 5, em que a perda da função renal é superior a 85%, que é necessária uma técnica de substituição da função renal (Kirsztajn et al., 2011), sendo vital a sua realização. As técnicas de substituição da função renal existentes são: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplantação renal (Direção Geral da Saúde (DGS), 2012).

2.2.1 Técnicas de Substituição da Função Renal

A doença renal crónica é uma patologia irreversível e o seu tratamento tem como objetivos corrigir os desequilíbrios hormonais e hidroeletrólíticos e minimizar os sinais e sintomas que possam diminuir a qualidade de vida da pessoa.

Segundo a Norma da DGS 017/2011, atualizada em 14/06/2012 (DGS, 2012), todos os doentes renais crónicos em estadio 4, em seguimento prévio em consulta de Nefrologia devem ser atempadamente referenciados para uma consulta de esclarecimento sobre as diferentes técnicas de substituição da função renal, de forma a poder fazer a sua livre e informada escolha.

As modalidades terapêuticas da doença renal crónica são: (a) transplantação renal; (b) hemodiálise e as técnicas depurativas extracorpóreas afins; (c) diálise peritoneal; (d) tratamento médico conservador.

2.2.1.1 Tratamento Médico Conservador

Com o aumento da população idosa e o aparecimento de outras situações irreversíveis, as técnicas de substituição da função renal como a hemodiálise, diálise peritoneal e transplantação renal podem causar uma degradação do conforto e, conseqüentemente, da qualidade de vida acabando por não contribuir para a melhoria da sobrevivência do doente. Surge assim, a opção do tratamento médico conservador. As indicações para este tratamento médico são as situações em que o tratamento interventivo (hemodiálise, diálise peritoneal e transplantação renal) não está indicado, não é possível realizar ou quando não proporciona uma esperança e qualidade de vida superiores. Esta modalidade pretende minimizar os sintomas da doença, proporcionando maior bem-estar e menor sofrimento possível (DGS, 2012).

2.2.1.2 Transplantação Renal

A transplantação renal é a técnica de substituição da função renal que, “comparativamente com a população geral saudável e para a mesma faixa etária, permite obter melhores resultados em termos de sobrevivência, bem como melhores indicadores de qualidade de vida” (DGS, 2012, p. 5). No entanto, o seu acesso é limitado dada a diminuta disponibilidade de órgãos para transplantação (DGS, 2012). Esta técnica é, na sua maioria, aplicada nos doentes que já realizam

tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal. Ainda assim, é possível realizá-la antes de iniciar outro tratamento dialítico. Esta modalidade permite maior liberdade ao doente, não estando dependente de uma máquina, que por sua vez, permite uma melhor qualidade de vida. Em Portugal, no ano de 2020 realizaram-se 393 transplantes renais (Nefrologia, 2021).

2.2.1.3 *Diálise Peritoneal e Hemodiálise*

É importante realçar que a hemodiálise e a diálise peritoneal não são uma cura para a falência renal. A “diálise é uma técnica que substitui, embora apenas de forma parcial, algumas das funções do rim e, à exceção da transplantação renal, não existe nenhuma outra alternativa para atingir os mesmos fins” (DGS, 2012, p. 15). Ao longo da sessão de tratamento dialítico, o sangue do doente vai ficando livre de substâncias tóxicas que são dialisadas, e é-lhe “infiltrado” substâncias que estão em falta. O tratamento dialítico não substitui na íntegra a função dos rins, pelo que é adicionada terapêutica (DGS, 2012).

A diálise peritoneal é um dos métodos dialíticos que consiste na introdução de dialisante na cavidade peritoneal, através de um cateter peritoneal. Esta técnica pode ser realizada manualmente, cerca de três a cinco vezes por dia ou realizada através de um dispositivo automático, sendo realizado geralmente no período de repouso, ou período noturno (DGS, 2012). Normalmente, a diálise peritoneal é eficaz, simples de realizar e bem tolerada pelos doentes. Ao longo dos anos, em Portugal, têm-se verificado um aumento de novos doentes a iniciar diálise peritoneal. Em 2020 não foi exceção, tendo iniciado diálise peritoneal 239 novos doentes, menos 46 doentes em relação ao ano anterior (285 doentes). A 31 de dezembro de 2020, existiam 878 doentes em diálise peritoneal, tendo havido um aumento de 3% em relação a 2019 (Nefrologia, 2021).

Tal como descrito na Norma da DGS 017/2011, atualizada em 14/06/2012 (DGS, 2012), a hemodiálise é uma técnica que consiste numa máquina que, através do circuito extracorporal “puxa” o sangue do doente até ao dialisador (“rim artificial”). No dialisador, o sangue é filtrado através de um sistema de membranas artificiais, e retorna ao corpo do doente. Para realizar hemodiálise, é fundamental ter uma forma de acesso ao sangue do doente, permitindo não só obter um débito de sangue suficiente para executar a técnica, mas também com capacidade para aguentar diversos tratamentos ao longo do tempo. Esse acesso ao sangue do doente poderá ser feito através de fístulas arteriovenosas ou através de cateter venoso central. Resumidamente, uma fístula arteriovenosa é a junção de uma veia a uma artéria, originando uma veia mais dilatada e com capacidade para suportar débitos de sangue elevados. Pretende-se que seja de fácil acesso e de bom calibre, capaz de suportar várias punções ao longo dos anos,

proporcionando a efetivação do tratamento hemodialítico. A hemodiálise costuma ser bem tolerada pelos doentes, permitindo-lhes ter uma qualidade de vida próxima do normal. Contudo, podem ocorrer efeitos secundários durante os tratamentos, como: náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão arterial, alterações cardíacas, reações alérgicas, câibras, hematomas ou perdas de sangue pelos locais de punção venosa. Em casos mais extremos, pode mesmo colocar em risco a vida do doente. Relativamente às sessões de tratamento de hemodiálise, geralmente cada sessão dura cerca de quatro horas, sendo efetuadas três vezes por semana. No entanto, a duração e a periodicidade de cada tratamento, depende da situação de cada doente (DGS, 2012).

2.2.2 A Doença Renal Crónica Terminal em Portugal

“A doença renal crónica é comum e considerada, atualmente, um problema de saúde pública” (Kirsztajn et al., 2011, p. 100). Diversas entidades e autores realçam que Portugal é dos países europeus com melhor cobertura geográfica no que respeita ao tratamento da Doença Renal Crónica por hemodiálise.

Segundo o Relatório Anual de 2021 do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, no final do ano de 2020, em Portugal, existiam 12458 (60,2%) doentes submetidos a tratamento de hemodiálise, contrapondo com 878 (4,2%) doentes que realizavam diálise peritoneal e 7377 (35,6%) que eram transplantados (Nefrologia, 2021). Do total de doentes submetidos a hemodiálise, 902 (7%) doentes foram tratados em unidades hospitalares públicas e 11556 (93%) em unidades de hemodiálise privadas. Neste ano, existiam em Portugal, 132 unidades de hemodiálise privadas (Nefrologia, 2021). No ano de 2020, 2101 doentes iniciaram tratamento de hemodiálise, sendo que 5 (0,2%) doentes tinham idade inferior a 18 anos; 763 (36,3%) doentes com idade entre 18 a 65 anos; 818 (39%) com idade entre os 65 a 80 anos; 515 (24,5%) doentes com mais de 80 anos (Nefrologia, 2021). No final do ano de 2020, a distribuição de doentes submetidos a tratamento hemodialítico, por género, era de 4972 (39,9%) do género feminino e 7486 (60,1%) do masculino (Nefrologia, 2021). De acordo com os dados divulgados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Portugal ocupa o sexto lugar na tabela de prevalência de doença renal crónica sob técnicas de substituição da função renal, em 2020, sendo apenas superada por Taiwan, Japão, Estados Unidos da América e Singapura e Tailândia (Nefrologia, 2021, p. 26).

Portugal apresenta uma tendência de crescimento anual da doença renal crónica terminal superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

(OCDE), apresentando as taxas de incidência e prevalência de doença renal crónica terminal mais elevadas da Europa (Nolasco et al., 2017).

Atendendo à incapacidade de resposta do serviço nacional de saúde relativamente aos tratamentos da doença renal crónica, este adquiriu serviços, tais como os tratamentos de hemodiálise, ao setor privado, designado por “setor convencionado”. A prestação de cuidados de hemodiálise é assegurada, maioritariamente por prestadores privados de saúde, correspondendo a cerca de 10% do total dos custos do serviço nacional de saúde (Coelho, Diniz, Hartz & Dussault, 2014).

2.2.2.1 Modelo de Gestão Integrada da Doença Crónica

Com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, surgiu o Despacho n.º 4325/2008 (Despacho n.º 4325/2008 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2008), que deu origem ao Modelo de Gestão Integrada da Doença Crónica. Este modelo “constitui uma estratégia central e uma ferramenta de melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados (...) com vista à melhoria da saúde dos Portugueses” (Despacho n.º 4325/2008 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2008, p. 6498). Portugal foi pioneiro, a nível mundial, na criação e implementação de um programa de gestão de doença renal crónica a nível nacional. Este modelo de gestão permitiu reestruturar o “modo de prestação de cuidados, o pagamento e o acompanhamento dos doentes submetidos a tratamento de diálise” (Coelho et al., 2014, p. 69). Associou-se a este Modelo de Gestão Integrada da Doença Crónica, um modelo de pagamento por preço compreensivo, atualizado pelo Despacho n.º 12-A/2020, no qual o prestador de cuidados irá receber um valor global por cada doente / semana, terá parâmetros de resultados bem definidos e também um rigoroso controlo da qualidade dos serviços prestados. Os prestadores de cuidados de hemodiálise são obrigados a registar todos os atos, procedimentos, medicamentos e exames relativos a cada doente. O Despacho n.º 12-A/2020 estabelece, então, o preço compreensivo, com redução de 3% relativamente ao preço anterior. Assim, o preço compreensivo sem acessos vasculares é de 437,16€ por doente/semana (62,451€ doente/dia); com acessos vasculares é de 455,99€, por doente/semana (65,141€ doente/dia); por sessão de diálise é de 111,35€ (Diário da República Portuguesa, 2020).

Melo et al. (2014) realçam a importância da implementação de programas que visam proporcionar uma diminuição nos índices de custos e morbimortalidade, permitindo uma maior satisfação da população e prestadores de cuidados. Atendendo a todos estes aspetos relacionados com a doença renal crónica e técnicas de substituição da função renal em Portugal,

é fulcral monitorizar todos os padrões de qualidade, neste caso específico, a qualidade de vida dos doentes renais crónicos submetidos a hemodiálise em Portugal.

2.2.3 Diálise e a Pandemia COVID-19

A 31 de dezembro 2019, foi notificada à OMS a ocorrência de um surto de pneumonia na cidade de Wuhan, na República Popular da China. A 9 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram o agente etiológico, um novo coronavírus, designado por SARS-CoV-2. Atendendo ao elevado potencial de epidemia por SARS-CoV-2, o Diretor-Geral da OMS declarou, a 30 de janeiro de 2020, a doença pelo novo coronavírus como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional. Em fevereiro de 2020, a doença causada pelo novo coronavírus recebeu a denominação COVID-19, dado o tipo de vírus e o ano de início da epidemia. No dia 11 de março de 2020, a doença COVID-19 foi declarada pandemia, pela OMS (OMS, 2020). Neste seguimento de pandemia, foram adotadas diversas medidas de forma a conter a expansão da doença.

Em Portugal, foram várias as diretrizes, normas e planos de contingência emanados pela DGS para a adoção de medidas de precaução de modo a conter a propagação do vírus. No contexto dos doentes renais crónicos e do tratamento de diálise, foi aprovada a Norma 08/2020 da DGS (DGS, 2020) estando a ser cumprida por todas as clínicas de diálise, a nível nacional. O ponto fulcral centrou-se na proteção dos doentes e dos profissionais de saúde. Desde logo, foram criadas medidas de prevenção e controlo nas diversas unidades de hemodiálise. É importante referir que grande parte das clínicas são unidades de ambulatório, ou seja, tanto os doentes como os profissionais de saúde apenas se dirigem às clínicas para realizar tratamento ou prestar cuidados, fazendo as restantes atividades de vida fora das clínicas. Assim, qualquer elemento pode ser eventual veículo de transmissão do vírus.

Dado o contexto, houve necessidade de reorganização dos recursos humanos, materiais e de diversas medidas afetas à prestação de cuidados de saúde, no sentido de efetuar uma abordagem clínica na suspeita de doentes com SARS-CoV-2. De acordo com a Norma 08/2020 da DGS (Direção Geral de Saúde, 2020) e as orientações internas da clínica em estudo, eis algumas dessas medidas que foram implementadas, direcionadas exclusivamente aos doentes:

- Informação sobre etiqueta respiratória, higiene das mãos e outras precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com as recomendações da DGS, a todos os utentes e cuidadores;
- Informação dos doentes para reconhecimento de sintomas sugestivos de COVID-19 e contacto, antes de se deslocarem à clínica;

- Organização dos horários dos turnos, de forma a minimizar a densidade de ocupação das salas de espera;
- Criação de salas de espera e reorganização dos circuitos, garantindo a separação física entre doentes;
- Uso obrigatório de máscara durante todo o período em que o doente permanece no centro de diálise e respetivo transporte de e para o domicílio;
- Realização de uma triagem dos possíveis sinais e/ou sintomas da doença;
- Colocação de sinaléticas, com o intuito de manter a distância necessária entre doentes;
- A gestão do transporte dos doentes para a unidade de hemodiálise, foi feita atendendo às capacidades e condições de cada doente. Preferencialmente, o transporte deve ser individual, seja em viatura própria ou não. No entanto, na impossibilidade do transporte individual, deve ser feito em viaturas de transporte coletivo de doentes com uma percentagem de ocupação inferior a 50% da sua capacidade máxima de transporte. Neste caso, todas as pessoas devem entrar no transporte coletivo com máscara cirúrgica e desinfetar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica;
- Alteração dos lanches dos doentes, tendo estes passado a ser fornecidos em embalagem individualizada e só poder ser consumido no domicílio, contrariamente ao que era feito antes da pandemia, dado que os doentes consumiam os lanches aquando da realização do tratamento.

Para além das alterações orgânicas causadas pela COVID-19, é importante considerar dentro desse contexto, condições para a saúde mental da população diante dos múltiplos reflexos que o isolamento social tem ocasionado, uma vez que estudos recentes apontam para mudanças significativas no quadro de saúde mental da população em todo o mundo (Carvalho, Silva, Costa, Oliveira, & Oliveira, 2020). É de extrema importância estar alerta para os efeitos psicológicos que a pandemia possa causar aos doentes crónicos. São pessoas que devido à doença renal crónica estão mais fragilizados, estando mais propícios a sentimentos como medo, solidão, ansiedade, stresse e depressão.

2.3 Hipóteses do estudo

Neste capítulo apresentam-se as hipóteses do estudo e o modelo de investigação.

O relatório anual da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (Nefrologia, 2021) menciona que do total dos 12458 doentes submetidos a hemodiálise em 2020, 4337 tinham idade inferior a 65

anos, 5261 tinham idades entre os 65 e os 80 anos e 2860 tinham idade superior a 80 anos. No estudo de Anes e Ferreira (2009), verificou-se que a qualidade de vida dos doentes hemodialisados varia no sentido inverso ao da idade, ou seja, é maior nos grupos mais jovens e menor nos de mais idade. Tal, deve-se ao facto de os jovens serem o grupo etário mais saudável e as pessoas de mais idade apresentarem limitações físicas e mentais. Adicionalmente Casselhas, Magalhães e Nakasu (2020) observaram que uma elevada média de idades na população em estudo está diretamente relacionada com a deterioração física e perda de qualidade de vida. Face ao exposto, propõe-se a seguinte hipótese,

H1: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é inferior nos doentes com mais idade.

Atendendo ao relatório anual da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (Nefrologia, 2021), do total dos 12458 doentes submetidos a hemodiálise em 2020, 4972 (39,9%) dos doentes eram do sexo feminino e 7486 (60,1%) eram do sexo masculino. De acordo com o estudo de Anes e Ferreira (2009), os homens submetidos a hemodiálise apresentam melhor nível de qualidade de vida do que as mulheres submetidas ao mesmo tratamento. Estes autores, referem, ainda, que vários estudos, na população geral, demonstram que são as mulheres que apresentam menor qualidade de vida. Também Nunes e Lobo (2012) verificaram que o género masculino submetido a hemodiálise apresenta melhor perceção da qualidade de vida total, comparativamente às mulheres, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. “As mulheres tratadas por hemodiálise apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida, com diferenças estatisticamente significativas na função emocional do SF-36 e nos efeitos da doença na vida diária do ESRD” (Nunes e Lobo, 2012, p. 43). Foi, então, formulada a seguinte hipótese,

H2: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com o género do doente, sendo superior no género masculino.

Existem melhores níveis de perceção de qualidade de vida nos indivíduos hemodialisados com mais habilitações, com diferenças significativas para a maioria das dimensões (Anes & Ferreira, 2009). Neves (2000, citado por Anes e Ferreira, 2009), refere que mais instrução significa mais informação, mais conhecimento e melhor perceção para controlar a doença, resultando numa melhoria na qualidade de vida. Assim, foi formulada a seguinte hipótese

H3: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é superior nos doentes com maior nível de escolaridade.

Os resultados obtidos “demonstram melhor índice de qualidade de vida relacionada com a saúde para o grupo de indivíduos trabalhadores ativos” (Anes e Ferreira, 2009, p. 74). Nunes e Lobo (2012) referem que os “pacientes em tratamento hemodialítico demonstram grandes dificuldades para gerir as limitações / imposições inerentes à doença tais como o tempo despendido nas sessões de hemodiálise e a sua periodicidade, o que dificulta a manutenção do seu vínculo laboral” (Nunes e Lobo, 2012, p. 43-44). Santos et al. (2014) obtiveram, no seu estudo, baixos *scores* na dimensão papel profissional, devido principalmente ao tempo de tratamento. Cunha (2011) realça que as “mulheres sentem que o tratamento interfere na sua qualidade de vida ao nível da sua atividade profissional” (p. 80). Para tal, foi formulada a seguinte hipótese

H4: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com a situação profissional do doente, sendo superior nos trabalhadores ativos.

Casselhas et al. (2020), relativamente aos doentes hemodialisados, refere que “quanto ao estado civil, a maior parte são casados e possuem mais de dois filhos, o que representa um aspeto positivo de apoio familiar, contribuindo favoravelmente para qualidade de vida” (p. 459). No estudo de Anes e Ferreira (2009), verificaram-se níveis de qualidade de vida mais favoráveis nos indivíduos hemodialisados que não viviam sozinhos. Mencionam, ainda, que “os restantes elementos do agregado familiar a viverem com o doente podem ser encarados como um apoio social e emocional de qualidade de vida muito importante” (Anes e Ferreira, 2009, p. 74). Outro estudo menciona que “há um predomínio de pessoas casadas, o que permite inferir que possuir um(a) companheiro(a) ajuda a minimizar o impacto da doença renal crónica e na readaptação às alterações frente a doença” (Marinho, Oliveira, Borges, Silva & Fernandes, 2017, p. 400). Os mesmos autores referem ainda que o relacionamento conjugal pode influenciar positivamente a qualidade de vida, dada a sua importância na satisfação das necessidades emocionais e do bem-estar psicossocial dos doentes. Assim, formulou-se a seguinte hipótese

H5: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com a situação / apoio familiar do doente.

Nunes e Lobo (2012) constataram que os sujeitos, cujo tempo de diálise se situa entre um e cinco anos, têm uma perceção da qualidade de vida de acordo com o tempo de diálise significativamente menor do que aqueles que realizam diálise há menos de um ano. Referem, ainda, que os sujeitos com tempo de diálise inferior a um ano, são os que apresentam melhor qualidade de vida comparando com os restantes. Foi então formulada a seguinte hipótese

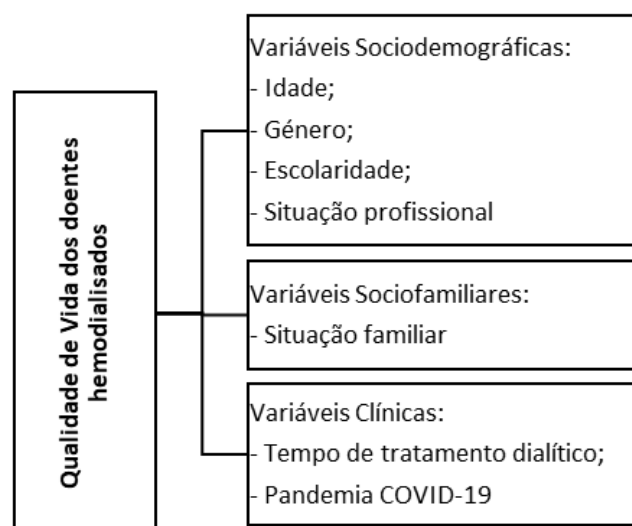
H6: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é inferior nos doentes que realizam tratamento dialítico há mais tempo.

Atualmente, ainda não existem muitos estudos relativos à pandemia COVID-19 e o seu impacto na qualidade de vida dos doentes hemodialisados. De acordo com o estudo de Carvalho et al. (2020), o isolamento no período da pandemia trouxe problemas a nível psicológico, sendo que o apoio prestado às pessoas em isolamento, contribuiu para o seu bem-estar ou reduzir os efeitos adversos do isolamento. A pandemia teve grande impacto na saúde biopsicossocial, gerando medo, solidão, ansiedade, stresse e depressão. Yang et al. (2021) concluíram que o género, o nível de escolaridade e o tempo do tratamento de hemodiálise podem afetar a qualidade de vida. Estas correlações foram efeitos combinados da pandemia COVID-19 e da própria diálise. Hao et al. (2021) verificaram que ao longo da pandemia COVID-19, a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos doentes hemodialisados aumentaram. Neste sentido, formulou-se a hipótese

H7: A pandemia COVID-19 reduziu a qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise.

Para este estudo, definiu-se o seguinte Modelo de Investigação (Figura 1):

Figura 1 - Modelo de investigação



3 MÉTODO

Neste capítulo são apresentados os métodos de investigação utilizados, de forma a dar resposta à problemática proposta para esta investigação.

Atendendo aos objetivos propostos, pode-se dizer que se trata de uma investigação de carácter quantitativo, ao analisar os níveis de qualidade de vida dos doentes hemodialisados, através da formulação de hipóteses; transversal, dado que foi efetuado um único contacto com a população estudada; e não-experimental, porque as variáveis permaneceram constantes ao longo do estudo.

3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

A população em estudo são os doentes renais crónicos submetidos a tratamento de hemodiálise numa clínica do setor privado.

Os critérios de inclusão definidos para a amostra foram:

- Doentes submetidos a tratamento hemodialítico na clínica em estudo;
- Doentes com idade igual ou superior a 18 anos;
- Doentes com capacidade cognitiva para responder ao questionário;
- Doentes que aceitem participar livremente no estudo.

Como critério de exclusão temos:

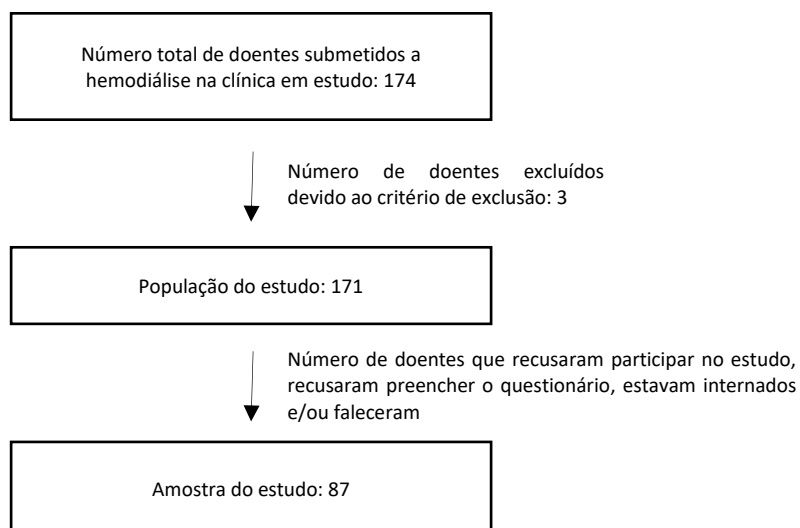
- Doentes submetidos a tratamento de hemodiálise em regime de férias (doentes que não fazem parte da clínica).

3.2 Procedimentos de Amostragem

A recolha de dados decorreu entre 16 de outubro a 30 de dezembro de 2020, numa clínica de hemodiálise de um grupo do setor privado internacional. A população do estudo abarcava 174 doentes (dados de dezembro de 2020). Foi obtida uma amostra de 87 doentes, correspondendo a aproximadamente 51% da população, conforme Figura 2. Esta diferença da constituição da amostra relativamente à população, deveu-se a motivos como a recusa de participação no

estudo, a recusa de preenchimento do questionário, o internamento hospitalar e o falecimento de doentes.

Figura 2 - Procedimento de Amostragem



3.3 Amostra

A amostra deste estudo constitui-se por 87 participantes. No que concerne à sua caracterização sociodemográfica (Tabela 2), esta amostra foi composta, maioritariamente, pelo género masculino (65,5%), com idades compreendidas entre os 26 e os 89 anos. Relativamente ao estado civil, verificámos que mais de metade dos participantes eram casados (58,6%) e que na sua maioria viviam com a família (44,8%). Verificámos, também, que a maioria (40,2%) completou o 1º ciclo, contrariamente a 5,7% que terminaram o ensino superior. Em relação à situação profissional, 78,2% estavam reformados / aposentados. Averiguámos, ainda, que o tempo despendido na deslocação para o tratamento (apenas a viagem de saída do domicílio para a clínica) variava entre 10 e 60 minutos, e a distância percorrida nesse mesmo percurso variava entre 4 e 41 quilómetros.

Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica

Variável	Valor	Estatística descritiva	n	%
Idade (anos)	Mínimo	26		
	Máximo	89		
	Média	63,27		
	Desvio-padrão	15,10		
Género	Feminino		30	34,50
	Masculino		57	65,50
Estado Civil	Solteira/o		7	8,00
	Casada/o		51	58,60
	Divorciada/o		10	11,50
	Viúvo		12	13,80
	União de facto		7	8,00
Escolaridade	Analfabeto		1	1,10
	Sabe ler e escrever		2	2,30
	1º ciclo do Ensino Básico (4ª classe)		35	40,20
	2º ciclo do Ensino Básico (ciclo preparatório)		15	17,20
	3º ciclo do Ensino Básico (9º ano)		14	16,10
	Ensino Secundário (12º ano)		15	17,20
	Ensino Superior (Bacharelato / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento)		5	5,70
Situação Profissional	Estudante		1	1,10
	Trabalhador por conta própria		2	2,30
	Trabalhador por conta de outrem		14	16,10
	Desempregado		2	2,30
	Reformado / Aposentado		68	78,20
Situação Familiar	Cônjuge / companheira/o		35	40,20
	Família (marido / esposa / filhos)		39	44,80
	Sozinha/o		13	14,90
Tempo (minutos)	Mínimo	10,00		
	Máximo	60,00		
	Média	27,85		
	Desvio-padrão	12,24		
Distância (quilómetros)	Mínimo	4,00		
	Máximo	41,00		
	Média	19,77		
	Desvio-padrão	9,79		

Quanto à caracterização clínica da amostra (Tabela 3), verificámos que a média de anos de tratamento de hemodiálise era cerca de sete anos ($M=6,70$; $dp=5,08$), sendo que o mínimo era de, aproximadamente, dois meses (0,17 anos) e o máximo de vinte anos. A frequência com que

realizavam o tratamento hemodialítico eram três vezes por semana, sendo que a sessão de tratamento mais curta era de 3h30min e a sessão mais longa demorava 4h25min.

Tabela 3 - Caracterização Clínica

Variável	Valor	Estatística descritiva
Anos de tratamento	Mínimo	2 meses
	Máximo	20 anos
	Média	6,70 anos
	Desvio-padrão	5,08 anos
Frequência de tratamento (dias por semana)	Mínimo	3
	Máximo	3
	Média	3
	Desvio-padrão	0
Duração de tratamento (horas por sessão)	Mínimo	3,30
	Máximo	4,25
	Média	3,98
	Desvio-padrão	0,12

3.4 Instrumento de medida

3.4.1 Kidney Disease Quality of Life – Short Form Instrument (KDQOL-SF)

Para esta recolha de dados, foi aplicado o instrumento de medida KDQOL-SF (*Kidney Disease Quality of Life Instrument*) de Hays et al. (1997) (Anexo A). O KDQOL-SF é um “instrumento específico de avaliação da qualidade de vida desenhado para doentes com insuficiência renal em diálise (...). Foi construído em 1997 a partir do KDQOL-TM (versão original)” (Ferreira e Anes, 2010, p. 33). O KDQOL-SF é a versão mais reduzida do KDQOL-TM, tendo sido desenvolvida pelos mesmos autores. Esta versão é constituída por 19 dimensões, conforme Tabela 4, que se dividem em dois grupos:

- *ESRD — End Stage Renal Disease*, onde são destacadas as preocupações dos doentes renais em diálise. Este grupo é composto por 43 questões específicas da doença renal, agrupadas em onze dimensões, nomeadamente: a presença de sintomas/problemas, os efeitos da doença renal na vida diária, o peso da doença renal, o impacto na atividade profissional, na função cognitiva, na qualidade da interação social, na função sexual e no sono. Engloba igualmente três dimensões de qualidade de vida: o apoio social, o encorajamento do pessoal da diálise e a satisfação do doente com o tratamento de hemodiálise;

- Versão 2 do SF-36, um questionário genérico de saúde, composto por oito dimensões, das quais fazem parte 36 perguntas relacionadas com a função física, o desempenho físico, a dor, a saúde em geral, a função emocional, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade.

De realçar que a versão portuguesa do questionário SF-36 foi adaptado por Ferreira (1998) e o questionário ESRD foi validado para a população portuguesa por Ferreira e Anes (2010), podendo ser utilizado na investigação científica para a população portuguesa.

Ferreira (1998) descreve as dimensões do SF-36, detalhadamente:

- a “função física” avalia a limitação para a execução de atividades físicas, desde as atividades físicas menores até às atividades mais exigentes, passando pelas atividades intermédias;
- as escalas de “desempenho” (físico e emocional) avaliam a limitação em saúde relacionado com o tipo e a quantidade de trabalho executado (limitação das tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realização das tarefas);
- a “dor” representa a intensidade, o desconforto e a sua interferência nas atividades habituais;
- a “saúde em geral” traduz-se na perceção holística da saúde, tanto na saúde atual como na resistência à doença e a aparência saudável;
- a “função emocional” avalia a ansiedade, a depressão, a perda de controlo comportamental ou emocional e o bem-estar psicológico;
- a escala da saúde mental inclui questões referentes às dimensões da saúde mental, tais como: a ansiedade, a depressão, a perda de controlo comportamental ou emocional e o bem-estar psicológico;
- a “vitalidade” relaciona-se com os níveis de energia e de fadiga, pretendendo avaliar as diferenças de bem-estar;
- a “função social” pretende avaliar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, bem como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do doente.

Tabela 4 - Representação das questões por dimensão do KDQOL-SF

Dimensões	Nº de perguntas	Item e conteúdo das perguntas
ESRD		
Sintomas / Problemas	12	14 a) Dores musculares 14 b) Dor no peito 14 c) Cãibras 14 d) Comichão 14 e) Pele seca 14 f) Falta de ar 14 g) Sensação de desmaio e tonturas 14 h) Falta de apetite 14 i) Esgotado/a ou sem forças 14 j) Mãos ou pés dormentes 14 k) Náuseas ou indisposição 14 l) Problemas com fístula / cateter
Efeitos da doença renal na vida diária	8	15 a) Restrição de líquidos 15 b) Restrição dietética 15 c) Capacidade para fazer os trabalhos domésticos 15 d) Capacidade para viajar 15 e) Dependência de médicos e outro pessoal clínico 15 f) Stresse ou preocupações causadas pela doença renal 15 g) Vida sexual 15 h) Aparência física
Peso da doença renal	4	12 a) A minha doença renal interfere demasiado na minha vida 12 b) Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal 12 c) Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal 12 d) Sinto-me um peso para a minha família
Atividade profissional	2	20) Teve trabalho remunerado 21) A sua saúde impossibilita-o/a de ter um trabalho remunerado
Função cognitiva	3	13 b) Demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas 13 d) Teve dificuldades em se concentrar ou pensar 13 f) Se sentiu confuso/a
Qualidade da interação social	3	13 a) Se isolou das outras pessoas à sua volta 13 c) Se mostrou irritável com os que o/a rodeavam 13 e) Se deu bem com as outras pessoas
Função sexual	2	16 a) Ter prazer sexual 16 b) Ficar excitado/a sexualmente
Sono	4	17) Como classifica o seu sono em geral 18 a) Acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer 18 b) Dormiu o tempo suficiente 18 c) Teve dificuldade em se manter acordado/a durante o dia
Apoio social	2	19 a) A quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos 19 b) O apoio que recebe da família e dos amigos
Encorajamento do pessoal de diálise	2	24 a) O pessoal da diálise incita-me a ser tão independente quanto possível 24 b) O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal
Satisfação do doente	1	23) Como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa

SF-36

Função física	10	3 a) Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes
		3 b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa
		3 c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia
		3 d) Subir vários lanços de escada
		3 e) Subir um lanço de escadas
		3 f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se
		3 g) Andar mais de 1km
		3 h) Andar várias centenas de metros
		3 i) Andar uma centena de metros
		3 j) Tomar banho ou vestir-se sozinho
Desempenho físico	4	4 a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades
		4 b) Fez menos do que queria
		4 c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades
		4 d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades
Dor	2	7) Durante as últimas 4 semanas, teve dores
		8) De que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho norma
Saúde em geral	5	1) Em geral, diria que a sua saúde é
		11 a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros
		11 b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa
		11 c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar
		11 d) A minha saúde é ótima
Função emocional	5	9 b) Sentiu-se muito nervoso/a
		9 c) Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava
		9 d) Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a
		9 f) Sentiu-se deprimido/a
		9 h) Sentiu-se feliz
Desempenho emocional	3	5 a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades
		5 b) Fez menos do que queria
		5 c) Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume
Função social	2	6) Em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas
		10) Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social
Vitalidade	4	9 a) Sentiu-se cheio/a de vitalidade?
		9 e) Sentiu-se com muita energia?
		9 g) Sentiu-se estafado/a
		9 i) Sentiu-se cansado/a

Fonte: adaptado de Ferreira e Anes (2010)

3.4.2 Variáveis sociodemográficas

No questionário, para além do instrumento de medida KDQOL-SF, foram feitas 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 à situação profissional dos doentes.

3.4.3 Procedimentos das variáveis

Para a aplicação do instrumento KDQOL-SF foi necessária a recodificação da pontuação para cada questão do KDQOL-SF (Anexo B). Esta recodificação foi sustentada no artigo de Hays et al. (1997), tendo sido traduzida, validada e adaptada para a versão portuguesa, por Ferreira e Anes (2010). Em todas as questões, os valores foram recodificados, para a escala de 0 a 100. As respostas dos itens do KDQOL-SF estão no sentido de que pontuação mais elevada, reflete um estado de saúde mais favorável, isto é, reflete melhor qualidade de vida.

3.5 Análise de Consistência Interna

A consistência interna testou-se através do alfa (α) de Cronbach. A Tabela 5 apresenta os valores obtidos para cada uma das dimensões. Neste estudo a maioria das dimensões específicas do KDQOL-SF obtiveram coeficientes α de Cronbach superiores a 0,70, com exceção da atividade profissional (0,522), da qualidade da interação social (0,402) e da saúde em geral (0,690).

Tabela 5 - Alpha de Cronbach

Dimensões	Alpha de Cronbach
ESRD	
Sintomas / Problemas	0,849
Efeitos da doença renal na vida diária	0,818
Peso da doença renal	0,740
Atividade profissional	0,522
Função cognitiva	0,740
Interação social	0,402*
Função sexual	0,921
Sono	0,711
Apoio social	0,811
Encorajamento do pessoal de diálise	0,878
Satisfação do doente	-
SF-36	
Função física	0,946
Desempenho físico	0,896
Dor	0,899

Saúde em geral	0,690
Função emocional	0,908
Desempenho emocional	0,813
Função social	0,750
Vitalidade	0,816

Nota: *a escala aplicada neste estudo apresenta problemas de consistência interna, tal como aconteceu em estudos anteriores (Ferreira & Anes, 2010)

4 RESULTADOS

Este capítulo é composto por duas partes, na qual se pretende apresentar os resultados que visam corroborar ou infirmar as hipóteses deste estudo. Na primeira parte é feita uma análise descritiva e exploratória dos dados. São apresentadas também as médias, os desvios-padrão e os coeficientes de correlação de Spearman dos constructos e das variáveis em estudo. Na segunda parte é apresentada evidência, no sentido de medição e teste das hipóteses de investigação.

4.1 Análise descritiva dos dados

4.1.1 Análise descritiva: Explorando os dados

Relativamente aos sintomas / problemas (Tabela 6), nas últimas quatro semanas antecedentes à participação neste estudo, a maioria dos doentes sentiu-se nada ou pouco incomodada com: (a) dores musculares (52,8%); (b) dor no peito (90,8%); (c) câibras (75,8%); (d) comichão (79,3%); (e) pele seca (77%); (f) falta de ar (89,6%); (g) sensação de desmaio e tonturas (85%); (h) falta de apetite (85,1%); (i) sensação de esgotamento ou sem forças (63,2%); (j) mãos ou pés dormentes (70,9%); (l) náuseas ou indisposição (82,7%); (m) problemas com a fístula ou cateter (90,8%). Numa visão global, os doentes, nas últimas quatro semanas antes de serem inquiridos neste estudo, referiram sentir-se nada ou pouco incomodados com os sintomas / problemas descritos.

Tabela 6 - Análise das frequências da dimensão “Sintomas / Problemas” (α cronbach=0,849)

	Nada incomodado		Um pouco incomodado		Moderadamente incomodado		Muito incomodado		Extremamente incomodado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dores musculares?	23	26,4	23	26,4	21	24,1	16	18,4	4	4,6	87	100
Dor no peito?	61	70,1	18	20,7	7	8,0	1	1,1	0	0	87	100
Câibras?	41	47,1	25	28,7	13	14,9	7	8,0	1	1,1	87	100
Comichão?	43	49,4	26	29,9	12	13,8	4	4,6	2	2,3	87	100
Pele seca?	35	40,2	32	36,8	12	13,8	7	8,0	1	1,1	87	100
Falta de ar?	65	74,7	13	14,9	4	4,6	2	2,3	3	3,4	87	100
Sensação de desmaio e tonturas?	49	56,3	25	28,7	10	11,5	2	2,3	1	1,1	87	100
Falta de apetite?	64	73,6	10	11,5	10	11,5	2	2,3	1	1,1	87	100
Esgotado/a ou sem forças?	23	26,4	32	36,8	15	17,2	14	16,1	3	3,4	87	100
Mãos ou pés dormentes?	40	46,5	21	24,4	17	19,8	6	7,0	2	2,3	86	98,9

Náuseas ou indisposição?	51	58,6	21	24,1	12	13,8	3	3,4	0	0	87	100
Problemas com fistula / cateter?	71	81,6	8	9,2	5	5,7	2	2,3	1	1,1	87	100

Relativamente aos efeitos da doença renal na vida diária (Tabela 7), a maioria dos doentes sentiu-se nada ou pouco incomodada com: (a) a restrição de líquidos (57,5%); (b) a restrição dietética (64,3%); (c) a capacidade para fazer os trabalhos domésticos (54,0%); (d) a capacidade para viajar (50,6%); (e) a dependência de médicos e outro pessoal clínico (73,6%); (f) o stresse ou preocupações causadas pela doença renal (59,8%); (g) a vida sexual (62,8%); (h) a aparência física (70,1%). De um modo geral, os doentes sentem-se nada incomodados ou pouco incomodados em relação aos efeitos da doença renal no seu dia-a-dia.

Tabela 7 - Análise das frequências da dimensão “Efeitos da Doença Renal na Vida Diária” (α cronbach=0,818)

	Nada incomodado		Um pouco incomodado		Moderadamente incomodado		Muito incomodado		Extremamente incomodado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Restrição de líquidos?	22	25,3	28	32,2	17	19,5	14	16,1	6	6,9	87	100
Restrição dietética?	19	21,8	37	42,5	20	23,0	9	10,3	2	2,3	87	100
Capacidade para fazer os trabalhos domésticos?	25	28,7	22	25,3	16	18,4	13	14,9	11	12,6	87	100
Capacidade para viajar?	28	32,2	16	18,4	14	16,1	13	14,9	16	18,4	87	100
Dependência de médicos e outro pessoal clínico?	38	43,7	26	29,9	13	14,9	3	3,4	7	8,0	87	100
Stresse ou preocupações causadas pela doença renal?	14	16,1	38	43,7	21	24,1	6	6,9	8	9,2	87	100
Vida sexual?	34	39,5	20	23,3	11	12,8	8	9,3	13	15,1	86	100
Aparência física?	33	37,9	28	32,2	10	11,5	7	8,0	9	10,3	87	100

Em relação ao peso da doença renal (Tabela 8), a maioria dos doentes refere que: (a) a doença interfere demasiado na sua vida (89,6%); (b) passa demasiado tempo a tratar da sua doença renal (80,5%); (c) se sente desanimado com a sua doença (65,5%). Em oposição, 48,3% dos doentes referem que discordam com a afirmação “sinto-me um peso para a minha família”.

Tabela 8 - Análise das frequências da dimensão “Peso da Doença Renal” (α cronbach=0,740)

	Completamente falsa		Quase toda falsa		Não sei		Quase toda verdadeira		Completamente verdadeira		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A minha doença renal interfere demasiado na minha vida	2	2,3	3	3,4	4	4,6	39	44,8	39	44,8	87	100
Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal	4	4,6	7	8,0	6	6,9	40	46,0	30	34,5	87	100
Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal	7	8,0	12	13,8	11	12,6	33	37,9	24	27,6	87	100
Sinto-me um peso para a minha família	30	34,5	12	13,8	26	29,9	10	11,5	9	10,3	87	100

Em relação à atividade profissional (Tabela 9): (a) 11,5% dos doentes tiveram trabalho remunerado, contrariamente a 8,5% que não tiveram; (b) a maioria dos doentes (74,7%) refere que a sua saúde o impossibilita de ter um trabalho remunerado.

Tabela 9 - Análise das frequências da dimensão “Atividade Profissional” (α cronbach=0,522)

	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Teve trabalho remunerado?	77	8,5	10	11,5	87	100
A sua saúde impossibilita-o/a de ter um trabalho remunerado?	22	25,3	65	74,7	87	100

Relativamente à função cognitiva (Tabela 10), mais concretamente como se sentiu e como correu nas quatro semanas anteriores à participação no estudo, a maioria dos doentes refere que nunca, poucas ou algumas vezes: (a) demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas (83,9%); (b) teve dificuldades em se concentrar ou pensar (88,5%); (c) se sentiu confuso (89,7%).

Tabela 10 - Análise das frequências da dimensão “Função Cognitiva” (α cronbach=0,740)

	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Bastantes vezes		Quase sempre		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas?	24	27,6	33	37,9	16	18,4	10	11,5	2	2,3	2	2,3	87	100
Teve dificuldades em se encontrar ou pensar?	26	29,9	26	29,9	25	28,7	6	6,9	3	3,4	1	1,1	87	100
Se sentiu confuso/a?	24	27,6	32	36,8	22	25,3	3	3,4	2	2,3	4	4,6	87	100

Relativamente à qualidade da interação social (Tabela 11), a maioria dos doentes refere: (a) nunca, poucas ou algumas vezes se isolou das outras pessoas à sua volta (90,7%); (b) nunca,

poucas ou algumas vezes se mostrou irritável com os que o rodeavam (86,2%); (c) bastantes vezes, quase sempre ou sempre se deu bem com as outras pessoas (75,8%).

Tabela 11 - Análise das frequências da dimensão "Qualidade da Interação Social" (α cronbach=0,402)

	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Bastantes vezes		Quase sempre		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Se isolou das outras pessoas à sua volta?	35	40,2	25	28,7	19	21,8	6	6,9	0	0	2	2,3	87	100
Se mostrou irritável com os que o/a rodeavam?	30	34,5	26	29,9	19	21,8	9	10,3	2	2,3	1	1,1	87	100
Se deu bem com as outras pessoas?	5	5,7	7	8,0	9	10,3	8	9,2	25	28,7	33	37,9	87	100

Em relação à função sexual, dos 38 doentes que responderam a esta questão (Tabela 12), a maioria refere: (a) não ter qualquer problema ou apenas um pequeno problema em ter prazer sexual (73,7%); (b) não ter qualquer problema ou apenas um pequeno problema em ficar excitado sexualmente (65,8%).

Tabela 12 - Análise das frequências da dimensão "Função Sexual" (α cronbach=0,921)

	Um problema grave		Um grande problema		Algum problema		Um pequeno problema		Sem problema		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ter prazer sexual?	1	2,6	4	10,5	5	13,2	3	7,9	25	65,8	38	100
Ficar excitado/a sexualmente?	2	5,3	4	10,5	7	18,4	4	10,5	21	55,3	38	100

Relativamente ao sono, a maioria dos participantes (53,9%) classifica o seu sono, em geral, como bom a muito bom, contrariamente a 25,1% que o classifica como muito mau a mau. Mais pormenorizadamente (Tabela 13), a maioria dos participantes refere: (a) nunca, poucas ou algumas vezes acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer (72,3%); (b) bastantes vezes, quase sempre ou sempre dormiu o tempo suficiente (56,3%); (c) nunca, poucas ou algumas vezes teve dificuldade em se manter acordado durante o dia (90,8%).

Tabela 13 - Análise das frequências da dimensão "Sono" (α cronbach=0,711)

	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Bastantes vezes		Quase sempre		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer?	9	10,3	19	21,8	35	40,2	14	16,1	6	6,9	4	4,6	87	100
Dormiu o tempo suficiente?	5	5,7	14	16,1	19	21,8	12	13,8	25	28,7	12	13,8	87	100
Teve dificuldade em se manter acordado/a durante o dia?	40	46,0	28	32,2	11	12,6	3	3,4	3	3,4	2	2,3	87	100

Em relação ao apoio social (Tabela 14), a maioria dos participantes refere: (a) que estava um pouco satisfeito ou muito satisfeito no que respeita à "quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos" (57,4%); (b) estar um pouco satisfeito ou muito satisfeito em relação ao apoio que recebe da família e dos amigos (77%).

Tabela 14 - Análise das frequências da dimensão "Apoio Social" (α cronbach=0,811)

	Muito insatisfeito		Um pouco insatisfeito		Um pouco satisfeito		Muito satisfeito		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos?	18	20,7	19	21,8	25	28,7	25	28,7	87	100
O apoio que recebe da família e dos amigos?	12	13,8	8	9,2	19	21,8	48	55,2	87	100

Relativamente ao encorajamento do pessoal da diálise (Tabela 15), a maioria dos participantes refere que o pessoal da diálise: (a) os incita a ser tão independentes quanto possível (83,9%); (b) os ajuda a lidar com a sua doença renal (83,9%).

Tabela 15 - Análise das frequências da dimensão "Encorajamento do pessoal da diálise" (α cronbach=0,878)

	Completamente falsa		Quase toda falsa		Não sei		Quase toda verdadeira		Completamente verdadeira		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O pessoal da diálise incita-me a ser tão independente quanto possível	4	4,6	1	1,1	9	10,3	24	27,6	49	56,3	87	100
O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal	2	2,3	1	1,1	11	12,6	27	31,0	46	52,9	87	100

Relativamente à satisfação do doente (Tabela 16): (a) 24,1% dos participantes classificam a “amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa” como bom; (b) 26,4% classificaram este indicador como muito bom; (c) igualmente 26,4% classificaram como o melhor possível.

Tabela 16 - Análise das frequências da dimensão “Satisfação do doente”

	Muito mau		Mau		Suficiente		Bom		Muito bom		Excelente		O melhor possível		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa?	0	0	0	0	9	10,3	21	24,1	23	26,4	11	12,6	23	26,4	87	100

Relativamente à função física, ou seja, as atividades que os doentes executam no seu dia-a-dia (Tabela 17), estes referem: (a) sentirem-se muito limitados no desempenho de atividades violentas (62,1%); (b) sentirem-se um pouco limitados na realização de atividades moderadas (37,9%); (c) sentirem-se um pouco limitado em levantar ou pegar nas compras de mercearia (37,9%); (d) sentirem-se um pouco limitado em subir vários lanços de escada (44,8%); (e) sentirem-se nada limitados ao subir um lanço de escadas (40,2%); (f) sentirem-se um pouco limitado em inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se (40,7%); (g) sentirem-se muito limitados em andar mais de 1km (48,3%); (h) sentirem-se muito limitados em andar várias centenas de metros (36,8%); (i) não se sentem nada limitados em andar uma centena de metros (41,4%); (j) não se sentem nada limitados em tomar banho ou vestirem-se sozinhos (64,4%).

Tabela 17 - Análise das frequências da dimensão “Função Física” (α cronbach=0,946)

	Nada limitado		Um pouco limitado		Muito limitado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	8	9,2	25	28,7	54	62,1	87	100
Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	27	31,0	33	37,9	27	31,0	87	100
Levantar ou pegar nas compras de mercearia	27	31,0	33	37,9	27	31,0	87	100
Subir vários lanços de escada	20	23,0	39	44,8	28	32,2	87	100
Subir um lanço de escadas	35	40,2	28	32,2	24	27,6	87	100
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	25	29,1	35	40,7	26	30,2	86	100
Andar mais de 1km	20	23,0	25	28,7	42	48,3	87	100

Andar várias centenas de metros	25	28,7	30	34,5	32	36,8	87	100
Andar uma centena de metros	36	41,4	28	32,2	23	26,4	87	100
Tomar banho ou vestir-se sozinho	56	64,4	23	26,4	8	9,2	87	100

No que concerne ao desempenho físico, relacionado com os possíveis problemas consequentes do seu estado de saúde físico (Tabela 18), os doentes referem que: (a) nunca, ou pouco diminuíram o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades (39,6%); (b) fizeram menos do que queriam a maior parte do tempo ou sempre (45,3%); (c) se sentiram limitados no tipo de trabalho ou outras atividades a maior parte do tempo ou sempre (46,5%); (d) tiveram dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades a maior parte do tempo ou sempre (50%).

Tabela 18 - Análise das frequências da dimensão "Desempenho Físico" (α cronbach=0,896)

	Nunca		Pouco tempo		Algum tempo		A maior parte do tempo		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades?	12	14,0	22	25,6	29	33,7	14	16,3	9	10,5	86	100
Fez menos do que queria?	12	14,0	13	15,1	22	25,6	18	20,9	21	24,4	86	100
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades?	14	16,3	10	11,6	22	25,6	16	18,6	24	27,9	86	100
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades?	12	14,0	14	16,3	17	19,8	18	20,9	25	29,1	86	100

Em relação à dor (Tabela 19), a maioria dos participantes menciona que: (a) não tiveram dores, tiveram dores muito fracas ou ligeiras (66,7%); (b) a dor não interferiu nada ou apenas um pouco no seu trabalho (60,9%).

Tabela 19 - Análise das frequências da dimensão "Dor" (α cronbach=0,899)

	Nenhumas		Muito fracas		Ligeiras		Moderadas		Fortes		Muito fortes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Durante as últimas 4 semanas, teve dores?	20	23,0	14	16,1	24	27,6	14	16,1	11	12,6	4	4,6	87	100

	Nada		Um pouco		Moderadamente		Bastante		Imenso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
De que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal?	26	29,9	27	31,0	11	12,6	16	18,4	7	8,0	87	100

Relativamente à saúde em geral (Tabela 20): (a) nenhum dos inquiridos classificou como excelente. A maioria dos participantes (60,9%) classificaram-na como fraca ou razoável, contrariamente a 39,1% que classificaram a sua saúde como boa ou muito boa; (b) 35,6% responderam ser falso / absolutamente falso à afirmação “parece que adoço mais facilmente do que os outros”; (c) a maioria dos doentes (85%) respondeu ser falso / absolutamente falso à afirmação “sou tão saudável como qualquer outra pessoa”; (d) à afirmação “estou convencido/a que a minha saúde vai piorar”, 41,4% dos inquiridos responderam não saber, a par de 40,2% dos inquiridos que responderam ser verdade / absolutamente verdade; (e) 79,3% responderam ser falsa / absolutamente falsa a afirmação “a minha saúde é ótima”.

Tabela 20 - Análise das frequências da dimensão “Saúde em geral” (α cronbach=0,690)

	Fracas		Razoável		Boa		Muito Boa		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Em geral, diria que a sua saúde é:	18	20,7	35	40,2	32	36,8	2	2,3	0	0	87	100

	Absolutamente falso		Falso		Não sei		Verdade		Absolutamente verdade		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parece que adoço mais facilmente do que os outros	9	10,3	22	25,3	28	32,2	20	23,0	8	9,2	87	100
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	33	37,9	41	47,1	8	9,2	3	3,4	2	2,3	87	100
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	9	10,3	7	8,0	36	41,4	24	27,6	11	12,6	87	100
A minha saúde é ótima	23	26,4	46	52,9	10	11,5	8	9,2	0	0	87	100

Relativamente à função emocional, ou seja, como se sentiu nas últimas quatro semanas (Tabela 21), a maioria dos participantes mencionou que: (a) nunca ou por pouco tempo se sentiram muito nervosos (54%); (b) nunca ou por pouco tempo se sentiram deprimidos em que nada os animava (66,6%); (c) sempre ou a maior parte do tempo se sentiram calmos e tranquilos (59,8%);

(d) nunca ou por pouco tempo se sentiram deprimidos (65,5%); (e) sempre ou a maior parte do tempo se sentiram felizes (51,7%).

Tabela 21 - Análise das frequências da dimensão “Função Emocional” (α cronbach=0,908)

	Nunca		Pouco tempo		Algum tempo		A maior parte do tempo		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentiu-se muito nervoso/a?	20	23,0	27	31,0	25	28,7	10	11,5	5	5,7	87	100
Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava?	37	42,5	21	24,1	13	14,9	11	12,6	5	5,7	87	100
Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a?	3	3,4	15	17,2	17	19,5	30	34,5	22	25,3	87	100
Sentiu-se deprimido/a?	36	41,4	21	24,1	18	20,7	8	9,2	4	4,6	87	100
Sentiu-se feliz?	4	4,6	17	19,5	21	24,1	31	35,6	14	16,1	87	100

Relativamente ao desempenho emocional, ou seja, de como os problemas emocionais interferiram no seu trabalho ou nas suas atividades diárias (Tabela 22), a maioria dos doentes refere que: (a) nunca, ou por pouco tempo, diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades (42,5%); (b) sempre, ou a maior parte do tempo, fez menos do que queria (52,9%); (c) sempre, ou a maior parte do tempo, executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que habitualmente (43,6%).

Tabela 22 - Análise das frequências da dimensão “Desempenho Emocional” (α cronbach=0,813)

	Nunca		Pouco tempo		Algum tempo		A maior parte do tempo		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades?	18	20,7	19	21,8	20	23,0	20	23,0	10	11,5	87	100
Fez menos do que queria?	13	14,9	16	18,4	12	13,8	26	29,9	20	23,0	87	100
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	18	20,7	17	19,5	14	16,1	21	24,1	17	19,5	87	100

Relativamente à função social (Tabela 23), a maioria dos doentes mencionaram que: (a) a sua saúde física ou problemas emocionais não interferiram nada, ou apenas um pouco, no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas (58,6%); (b) nunca, ou por pouco tempo, a saúde física ou os problemas emocionais limitaram a sua atividade social (41,4%).

Tabela 23 - Análise das frequências da dimensão “Função Social” (α cronbach=0,750)

	Nada		Um pouco		Moderadamente		Bastante		Imenso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	32	36,8	19	21,8	21	24,1	11	12,6	4	4,6	87	100

	Nunca		Pouco tempo		Algum tempo		A maior parte do tempo		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social?	26	29,9	10	11,5	22	25,3	22	25,3	7	8,0	87	100

Relativamente à vitalidade (Tabela 24), a maioria dos doentes refere que nunca ou por pouco tempo, se sentiram: (a) cheios de vitalidade (44,8%); (b) com muita energia (43,6%); (c) estafados (44,8%); (d) cansados (39,1%).

Tabela 24 - Análise das frequências da dimensão “Vitalidade” (α cronbach=0,816)

	Nunca		Pouco tempo		Algum tempo		A maior parte do tempo		Sempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentiu-se cheio/a de vitalidade?	14	16,1	25	28,7	24	27,6	20	23,0	4	4,6	87	100
Sentiu-se com muita energia?	13	14,9	25	28,7	27	31,0	19	21,8	3	3,4	87	100
Sentiu-se estafado/a?	15	17,2	24	27,6	25	28,7	20	23,0	3	3,4	87	100
Sentiu-se cansado/a?	6	6,9	28	32,2	25	28,7	21	24,1	7	8,0	87	100

Em relação à interferência da pandemia COVID-19 na qualidade de vida dos doentes (Tabela 25): (a) a maioria dos inquiridos (65,5%) referiram que a pandemia COVID-19 interferiu bastante ou imenso na sua qualidade de vida.

Tabela 25 - Análise das frequências da dimensão “COVID-19 e Qualidade de Vida”

	Nada		Um pouco		Moderadamente		Bastante		Imenso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A pandemia COVID-19 interferiu na sua qualidade de vida?	5	5,7	10	11,5	15	17,2	38	43,7	19	21,8	87	100

4.1.2 Médias, desvios-padrão e correlações

Efetuuou-se uma análise dos valores médios das diversas dimensões da escala KDQOL-SF36 (Figura 3). Verificou-se que:

(a) a dimensão com menor valor é a atividade profissional ($M=18,39$; $dp=31,54$) o que demonstra que a saúde tende a impossibilitar a pessoa de ter um trabalho remunerado;

(b) a dimensão com valor mais elevado é o encorajamento do pessoal da diálise ($M=82,61$; $dp=22,82$), significando que os doentes percebem elevados níveis de encorajamento por parte dos profissionais de saúde da diálise, contribuindo para maiores níveis de qualidade de vida;

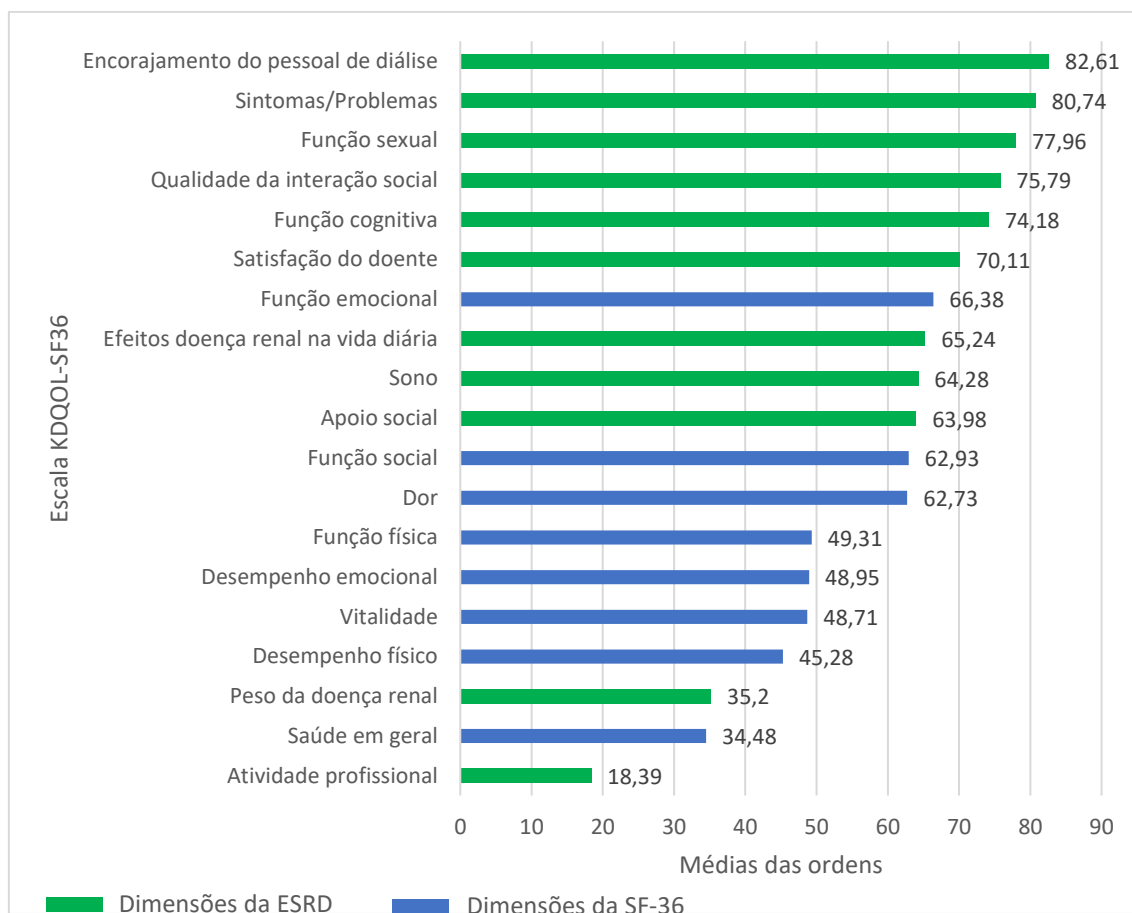
(c) A dimensão sintomas / problemas é a segunda dimensão com maior pontuação ($M=80,74$; $dp=14,77$), o que significa que os doentes apesar da condição de saúde que possuem, apresentam poucos sintomas / problemas¹, contribuindo para uma melhor qualidade de vida;

(d) A percepção de saúde em geral é baixa ($M=34,48$; $dp=16,19$), o que se traduz em baixos níveis de saúde, prejudicando a qualidade de vida;

(e) de modo geral, verifica-se que grande parte das dimensões da ESRD têm valores médios superiores relativamente às dimensões da SF-36.

¹ De recordar que as dimensões estão transformadas de modo que quanto maior a pontuação, maior a qualidade de vida. Neste caso, uma pontuação de 100 em sintomas / problemas representa ausência de sintomas / problemas.

Figura 3 - Valores médios das dimensões da escala KDQOL-SF36, por ordem decrescente



Uma vez que os dados não seguem uma distribuição normal, foram analisadas as correlações de Spearman. Assim, de acordo com a Tabela 26, os dados sugerem o seguinte:

(a) Existe uma associação positiva entre a idade e o género masculino (os homens têm mais idade), uma associação negativa entre a idade e a situação profissional ativo (os indivíduos com mais idade tendem a estar menos ativos profissionalmente) e uma associação positiva entre a idade e a função cognitiva (os indivíduos com mais idade têm maiores níveis de função cognitiva);

(b) O género masculino tem associação positiva com diversas variáveis, nomeadamente²: os sintomas / problemas (os homens manifestam menos sintomas e problemas relacionados com a doença renal), os efeitos da doença renal (os homens apresentam menos efeitos da doença renal no seu quotidiano), a atividade profissional (a saúde impossibilitou menos os homens de

² Na escala KDQOL, quanto mais elevada a pontuação, menor os sintomas / problemas, menor os efeitos da doença renal na vida diária, menor o peso da doença renal e menor nível de dor.

terem trabalho remunerado), a função cognitiva (o sexo masculino apresenta melhores níveis de função cognitiva), o apoio social (os homens tiveram mais apoio dos amigos e família), a dor (os homens apresentaram menores níveis de dor) e a função emocional (o sexo masculino manifesta melhor função emocional);

(c) não existem associações positivas entre a escolaridade, a situação familiar e os anos de tratamento com as variáveis em estudo;

(d) observa-se associação positiva entre a situação profissional ativo (estudante, trabalhador por conta própria, trabalhador por conta de outrem) e a atividade profissional (a saúde não impossibilitou os ativos de terem trabalho remunerado);

(e) existe uma associação negativa entre a COVID-19 e a função cognitiva (os indivíduos que sentiram maior impacto da COVID-19 na sua qualidade de vida apresentam menor pontuação na função cognitiva);

(f) Observam-se associações positivas entre grande parte das variáveis constituintes da ESRD (sintomas/problemas, efeitos da doença renal, peso da doença renal, atividade profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual, sono, apoio social, encorajamento do pessoal da diálise e satisfação do doente);

(g) Existem associações positivas entre grande parte dos conceitos de saúde da SF-36 (função física, desempenho físico, dor, saúde em geral, função emocional, desempenho emocional, função social e vitalidade);

(h) emergem associações positivas entre a maioria das dimensões da ESRD e os conceitos de saúde da SF-36, exceto nas dimensões atividade profissional e apoio social.

Tabela 26 - Médias, desvios-padrão e coeficientes de correlação de Spearman

	Média	DP	N	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Idade (anos)	63,28	15,10	87	1,00										
2. Género (masculino)	0,66	0,48	87	0,52**	1,00									
3. Escolaridade	-	-	87	-0,32	-0,03	1,00								
4. Situação profissional (ativo)	0,20	0,40	87	-0,64**	-0,11	0,22	1,00							
5. Situação familiar (não vive só)	0,85	0,36	87	-0,21	-0,11	-0,20	0,13	1,00						
6. Anos de tratamento	6,70	5,08	87	0,27	0,25	-0,07	-0,16	0,17	1,00					
7. COVID-19	-	-	87	0,06	0,08	-0,26	-0,07	-0,16	-0,21	1,00				
8. Sintomas/Problemas	80,74	14,77	87	0,24	0,39*	-0,04	-0,13	-0,17	-0,05	0,03	1,00			
9. Efeitos doença renal	65,24	21,34	87	0,28	0,36*	-0,23	-0,14	0,03	0,07	-0,26	0,55**	1,00		
10. Peso doença renal	35,20	21,59	87	0,11	0,186	0,26	0,19	0,20	0,19	-0,29	0,19	0,41**	1,00	
11. Atividade profissional	18,39	31,54	87	-0,02	0,41*	-0,06	0,42**	0,14	0,17	-0,08	0,10	0,28	0,38*	1,00
12. Função cognitiva	74,18	19,31	87	0,33*	0,44**	0,18	-0,17	-0,02	0,23	-0,32*	0,68**	0,69**	0,46**	0,12
13. Qualidade interação social	75,79	17,47	87	0,18	0,22	-0,12	-0,08	0,25	0,02	-0,11	0,31	0,44**	0,40*	0,19
14. Função sexual	77,96	29,98	38	-0,20	-0,01	0,21	0,16	-0,15	-0,22	-0,01	0,37*	0,29	0,15	0,16
15. Sono	64,28	18,47	87	-0,12	0,06	0,18	-0,04	0,14	-0,19	-0,10	0,38*	0,25	0,25	0,00
16. Apoio social	63,98	33,51	87	0,21	0,36*	-0,09	-0,22	0,05	0,28	-0,17	0,05	0,40*	0,14	0,08
17. Encorajamento pessoal diálise	82,61	22,82	87	0,20	0,05	-0,25	-0,03	0,31	-0,02	-0,07	0,16	0,39*	0,48**	0,12
18. Satisfação do doente	70,11	22,47	87	0,12	0,01	0,11	-0,03	0,04	-0,20	-0,05	0,13	0,25	0,38*	0,05
19. Função física	49,31	31,46	87	0,00	0,26	0,22	0,09	-0,23	-0,19	-0,23	0,56**	0,42**	0,28	0,30
20. Desempenho físico	45,28	29,35	86	0,00	0,15	0,13	0,10	0,20	0,23	0,00	0,32*	0,15	0,43**	0,30
21. Dor	62,73	29,72	87	0,30	0,35*	0,11	-0,06	-0,21	0,07	-0,02	0,76**	0,45**	0,33*	0,14
22. Saúde em geral	34,48	16,19	87	-0,01	0,21	0,11	0,06	-0,17	-0,21	-0,31	0,42**	0,52**	0,33*	0,27
23. Função emocional	66,38	25,02	87	0,22	0,37*	0,09	-0,09	0,25	0,17	-0,19	0,55**	0,57**	0,61**	0,22
24. Desempenho emocional	48,95	29,50	87	-0,04	0,16	0,20	0,08	0,23	0,12	-0,24	0,33*	0,11	0,33*	0,29
25. Função social	62,93	28,69	87	-0,08	-0,18	0,08	-0,09	0,25	-0,07	-0,28	0,05	0,40*	0,45**	-0,04
26. Vitalidade	48,71	22,11	87	0,22	0,29	0,01	-0,25	-0,10	0,04	0,06	0,70**	0,49**	0,39*	0,17

Tabela 26 - Médias, desvios-padrão e coeficientes de correlação de Spearman (continuação)

	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.
12. Função cognitiva	1,00														
13. Qualidade interação social	0,49**	1,00													
14. Função sexual	0,32	0,01	1,00												
15. Sono	0,40*	0,33*	0,44**	1,00											
16. Apoio social	0,28	0,20	0,01	0,09	1,00										
17. Encorajamento pessoal diálise	0,33*	0,46**	0,34*	0,42**	0,14	1,00									
18. Satisfação do doente	0,34*	0,33*	0,01	0,25	0,11	0,48**	1,00								
19. Função física	0,51**	0,36*	0,48**	0,41*	0,04	0,07	0,21	1,00							
20. Desempenho físico	0,38*	0,40*	0,39*	0,20	-0,14	0,28	0,08	0,27	1,00						
21. Dor	0,63**	0,42**	0,32	0,32	0,06	0,23	0,29	0,63**	0,33*	1,00					
22. Saúde em geral	0,48**	0,17	0,61**	0,39*	0,16	0,36*	0,43**	0,61**	0,23	0,49**	1,00				
23. Função emocional	0,71**	0,60**	0,34*	0,47**	0,13	0,46**	0,32*	0,49**	0,60**	0,68**	0,51**	1,00			
24. Desempenho emocional	0,37*	0,33*	0,40*	0,15	-0,07	0,20	0,08	0,32*	0,85**	0,24	0,35*	0,57**	1,00		
25. Função social	0,34*	0,51**	0,37*	0,28	0,27	0,57**	0,48**	0,35*	0,30	0,18	0,44**	0,51**	0,31	1,00	
26. Vitalidade	0,59**	0,44**	0,36*	0,53**	0,09	0,25	0,29	0,63**	0,41*	0,75**	0,45**	0,67**	0,32	0,26	1,00

Nota: **p<0,01; *p<0,05.

4.2 Teste do modelo de investigação

Nesta secção são confrontados os dados obtidos para medição e validação do modelo de investigação do estudo (Figura 1), através da testagem das hipóteses.

Para a análise dos dados deste estudo, inicialmente recorreu-se à realização dos Testes de *Kolmogorov-Smirnov* e os Testes de *Shapiro-Wilk* (Anexo C), para verificar se as variáveis seguiam distribuição normal. Como os dados não seguiam uma distribuição normal, recorreu-se ao Teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para comparar dois grupos e ao Teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para comparar três ou mais grupos. Usou-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Para validar a hipótese 1 “A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é inferior nos doentes com mais idade”, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* (Tabela 27).

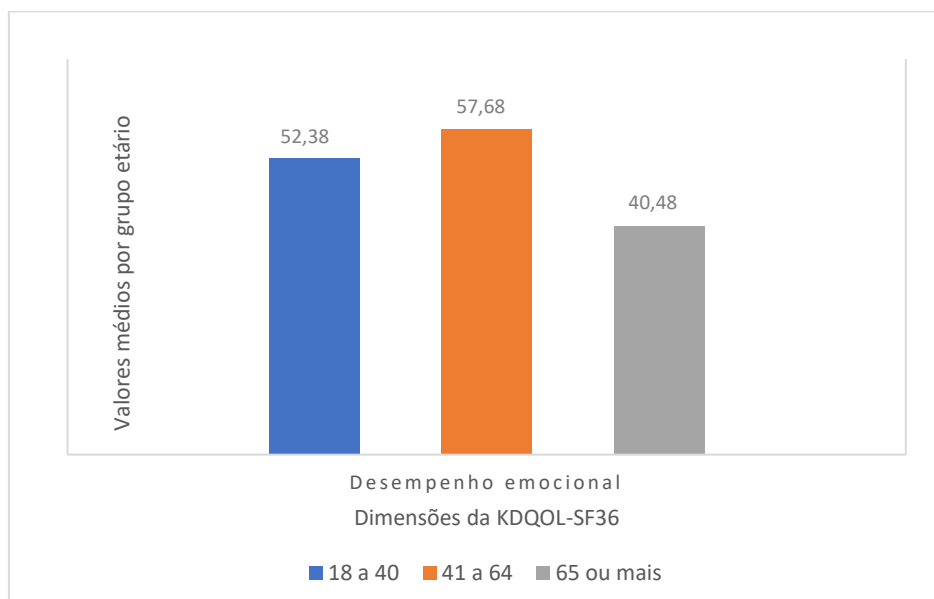
De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens (Tabela 27 e Figura 4), há diferença significativa entre o grupo etário dos 65 ou mais anos e o grupo etário dos 41 aos 64 anos, para o desempenho emocional (dimensão de SF-36). O grupo etário dos 65 ou mais anos apresenta uma distribuição do desempenho emocional significativamente diferente do grupo etário dos 41 aos 64 anos ($p=0,033$), sendo que no grupo etário dos 65 ou mais, se observam menores níveis de desempenho emocional ($M=40,48$; $dp=28,31$; $p=0,037$). Isto é, os doentes do grupo etário dos 65 ou mais anos apresentam menor desempenho emocional em relação aos restantes grupos etários.

Observa-se que nenhuma das dimensões que compõe a ESRD parece ser influenciada de forma significativa pela idade dos doentes. Apenas uma das dimensões da SF-36 (desempenho emocional) é influenciada de forma significativa pela idade dos doentes. Atendendo que a idade apenas influenciou o desempenho emocional dos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise, corrobora-se a hipótese 1 apenas parcialmente.

Tabela 27 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 por grupo etário

Escala KDQOL-SF	Idade						Sig	
	18 a 40		41 a 64		65 ou mais			
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Sintomas / Problemas	76,19	14,17	83,33	15,09	79,15	14,51	0,152	
Efeitos da doença renal na vida diária	55,80	21,98	71,05	20,10	61,54	21,43	0,065	
Peso da doença renal	25,89	17,47	36,84	21,10	35,27	22,67	0,583	
Atividade profissional	42,86	44,99	17,11	33,44	15,48	25,87	0,155	
Função cognitiva	65,71	13,01	77,19	21,34	72,86	18,00	0,141	
ESRD	Qualidade da interação social	67,62	16,07	78,77	17,93	74,44	17,04	0,191
Função sexual	82,14	32,16	84,56	23,19	67,86	35,26	0,412	
Sono	67,14	13,34	67,57	20,41	60,83	17,03	0,184	
Apoio social	47,62	33,92	66,23	35,41	64,68	31,71	0,340	
Encorajamento do pessoal da diálise	69,64	22,66	81,25	25,63	86,01	19,56	0,169	
Satisfação do doente	64,29	22,42	68,42	23,82	72,62	21,41	0,519	
Função física	65,71	28,20	55,53	29,75	40,95	31,74	0,054	
Desempenho físico	47,32	26,23	50,51	29,37	40,33	29,61	0,300	
Dor	62,14	24,17	63,49	31,21	62,14	29,78	0,957	
SF-36	Saúde em geral	39,29	16,69	37,11	17,15	31,31	14,94	0,219
Função emocional	67,14	19,76	69,61	23,81	63,33	26,93	0,593	
Desempenho emocional	52,38	34,60	57,68	27,90	40,48	28,31	0,037	
Função social	60,71	30,98	69,74	27,51	57,14	28,71	0,136	
Vitalidade	44,64	15,91	52,80	23,28	45,68	21,72	0,428	

Figura 4 - Valores médios, por grupo etário, do desempenho emocional



Para validar a hipótese 2 “A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com o género do doente, sendo superior no género masculino”, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (Tabela 28).

De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens (Tabela 28 e Figura 5), o género apresenta diferenças estatisticamente significativas sobre a qualidade de vida dos doentes em hemodiálise, sobretudo nos sintomas/problemas ($p=0,002$), nos efeitos da doença renal na vida diária ($p=0,008$), na atividade profissional ($p=0,001$), na função cognitiva ($p=0,006$), na dor ($p=0,004$), na função emocional ($p=0,013$) e na vitalidade ($p=0,020$).

O género masculino apresenta menor perceção de sintomas / problemas ($M=84,60$; $dp=12,16$), menos efeitos da doença renal na vida diária ($M=69,24$; $dp=20,69$), menos problemas na atividade profissional ($M=25,44$; $dp=34,23$), melhor função cognitiva ($M=78,95$; $dp=15,93$), menos níveis de dor ($M=70,00$; $dp=25,58$) e melhor função emocional ($M=71,14$; $dp=23,76$) e mais vitalidade ($M=53,07$; $dp=20,87$)³.

Observa-se que em quatro das dimensões que compõe a ESRD (sintomas/problemas, efeitos da doença renal na vida diária, atividade profissional e função cognitiva), bem como em três das dimensões da SF-36 (dor, função emocional e vitalidade), os homens apresentam pontuação mais elevada do que as mulheres sugerindo terem melhor qualidade de vida (Figura 5). Esta evidência permite corroborar parcialmente a hipótese 2.

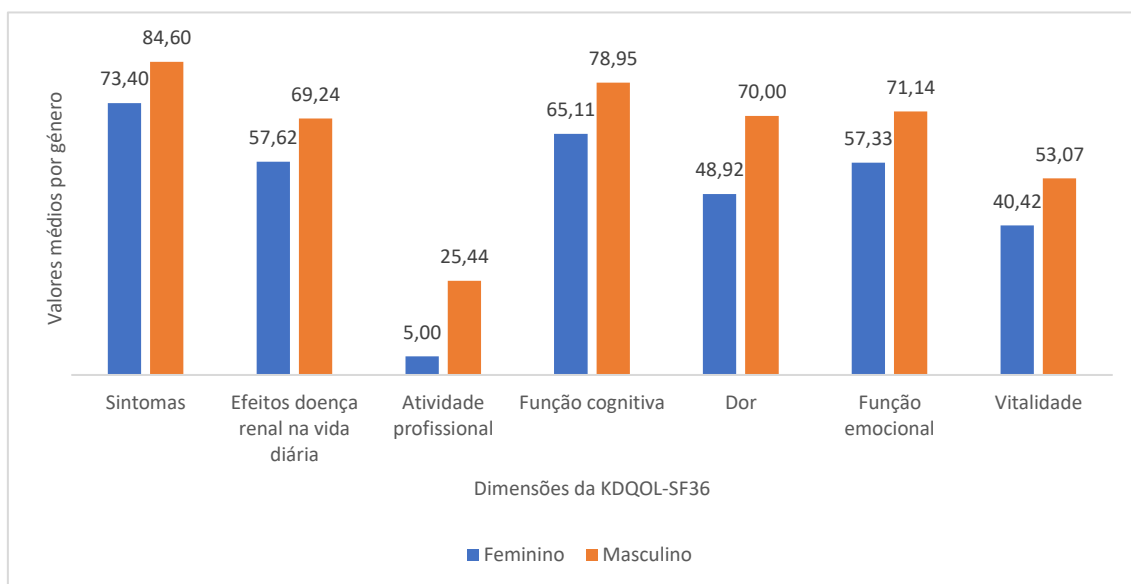
Tabela 28 - Valores médios, desvios-padrão e teste de *Mann-Whitney* para a ESRD e SF-36 por género

Escala KDQOL-SF	Género				Sig.
	Feminino		Masculino		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Sintomas / Problemas	73,40	16,63	84,60	12,16	0,002
Efeitos da doença renal na vida diária	57,62	20,80	69,24	20,69	0,008
Peso da doença renal	30,83	18,49	37,50	22,87	0,379
Atividade profissional	5,00	20,13	25,44	34,23	0,001
ESRD Função cognitiva	65,11	22,05	78,95	15,93	0,006
Qualidade da interação social	74,44	18,29	76,49	17,14	0,627
Função sexual	77,27	32,99	78,24	29,33	0,972
Sono	62,67	22,40	65,13	16,18	0,979
Apoio social	57,22	36,54	67,54	31,56	0,205

³ Todas as variáveis da escala KDQOL-SF estão codificadas de modo que maior pontuação representa maior qualidade de vida, pelo que nas variáveis “sintomas / problemas”, “efeitos da doença renal na vida diária”, “peso da doença renal” e “dor”, a pontuação mais elevada representa, menos sintomas/problemas, menos efeitos da doença renal na vida diária, menor peso da doença renal na vida diária e menores níveis de dor, respetivamente.

	Encorajamento do pessoal da diálise	76,25	30,33	85,96	17,05	0,342
	Satisfação do doente	71,67	24,03	69,30	21,77	0,640
SF-36	Função física	43,33	27,74	52,46	33,05	0,217
	Desempenho físico	37,29	26,23	49,55	30,24	0,070
	Dor	48,92	32,47	70,00	25,58	0,004
	Saúde em geral	33,17	14,83	35,18	16,95	0,470
	Função emocional	57,33	25,25	71,14	23,76	0,013
	Desempenho emocional	43,61	27,13	51,75	30,53	0,283
	Função social	57,08	32,94	66,01	25,96	0,282
	Vitalidade	40,42	22,37	53,07	20,87	0,020

Figura 5 - Valores médios, por género



Nota: Todas as variáveis da escala KDQOL-SF estão codificadas de modo que maior pontuação representa maior qualidade de vida

Para validar a hipótese 3 “A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é superior nos doentes com maior nível de escolaridade”, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* (Tabela 29).

De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens (Tabela 29 e Figura 6), há algumas diferenças significativas entre os grupos devido às habilitações.

De acordo com o teste de *Kruskal-Wallis*, observa-se que o grupo com habilitações ao nível do ensino secundário e superior apresenta uma distribuição da função cognitiva significativamente diferente em relação aos restantes grupos ($p=0,048$). No entanto, a comparação múltipla de médias das ordens, recorrendo ao teste de *Dunn*, não evidenciou diferenças significativas entre os diferentes grupos.

O grupo com habilitações ao nível do ensino secundário e superior apresenta uma distribuição da função física significativamente diferente do grupo com habilitações até à 4ª classe, sendo que no primeiro grupo, se observa maior pontuação na função física (M=63,50; dp=30,22; p=0,007). Através da comparação múltipla de médias das ordens, recorrendo ao teste de Dunn, evidencia-se esta diferença significativa (estatística=-20,44; p=0,010). Assim, os doentes com habilitações ao nível do ensino secundário e superior apresentam melhor função física em relação aos restantes grupos.

O grupo com habilitações ao nível do ensino secundário e superior apresenta uma distribuição do desempenho emocional significativamente diferente do grupo com habilitações até à 4ª classe, sendo que no primeiro grupo, se observam maiores níveis de desempenho emocional (M=65,83; dp=27,95; p=0,005). Através da comparação múltipla de médias das ordens, recorrendo ao teste de Dunn, evidencia-se esta diferença significativa (estatística=-22,24; p=0,004). Posto isto, os doentes com habilitações ao nível do ensino secundário e superior apresentam melhor desempenho emocional em relação aos restantes grupos.

Observa-se que em duas dimensões da SF-36⁴ (função física e desempenho emocional), os indivíduos com habilitações ao nível do ensino secundário e superior obtêm pontuação mais elevada, sugerindo maior qualidade de vida. Esta evidência permite corroborar parcialmente a hipótese 3.

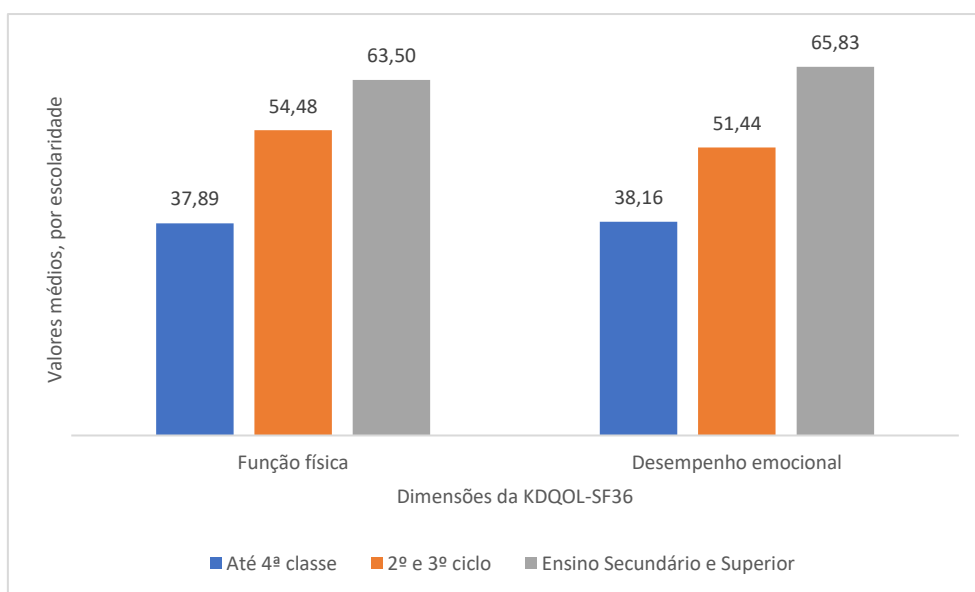
Tabela 29 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 por escolaridade

Escala KDQOL-SF	Escolaridade						Sig.
	Até 4ª classe		2º e 3º ciclo		Ensino Secundário e Superior		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Sintomas / Problemas	78,22	15,28	83,26	13,93	81,88	14,95	0,276
Efeitos da doença renal na vida diária	63,24	21,55	68,12	17,51	64,84	26,16	0,814
Peso da doença renal	30,26	16,34	36,42	23,27	42,81	26,07	0,188
Atividade profissional	11,84	24,48	24,14	39,24	22,50	30,24	0,288
Função cognitiva	68,42	19,40	77,01	18,82	81,00	17,48	0,048
Qualidade da interação social	75,79	14,74	75,63	18,96	76,00	20,68	0,717
Função sexual	65,91	40,35	76,79	27,24	89,42	18,29	0,392
Sono	60,20	17,06	67,16	18,12	67,88	20,83	0,200
Apoio social	62,28	32,11	74,71	24,65	51,67	42,89	0,141
Encorajamento do pessoal da diálise	85,86	22,17	84,91	18,11	73,13	28,18	0,167

⁴ A dimensão "função cognitiva" foi retirada, dado que após o teste de Dunn, p=0,065, não se verifica diferença significativa.

	Satisfação do doente	68,86	23,63	70,69	21,66	71,67	22,36	0,890
	Função física	37,89	29,22	54,48	30,72	63,50	30,22	0,007
	Desempenho físico	39,31	30,34	45,98	25,07	55,63	31,34	0,103
	Dor	58,75	31,63	62,76	26,83	70,25	29,94	0,377
	Saúde em geral	32,24	14,51	33,10	15,61	40,75	19,08	0,225
SF-36	Função emocional	59,47	26,63	71,21	20,47	72,50	25,78	0,094
	Desempenho emocional	38,16	28,58	51,44	26,36	65,83	27,95	0,005
	Função social	59,21	28,28	63,36	27,94	69,38	30,75	0,424
	Vitalidade	45,07	21,36	52,37	19,65	50,31	26,55	0,287

Figura 6 - Valores médios, por escolaridade



Para validar a hipótese 4 “A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com a situação profissional do doente, sendo superior nos trabalhadores ativos”, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (Tabela 30).

De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens (Tabela 30 e Figura 7), a situação profissional apresenta diferenças estatisticamente significativas sobre a qualidade de vida dos doentes em hemodiálise, relativamente à atividade profissional ($p=0,000$), função física ($p=0,005$) e desempenho emocional ($p=0,026$).

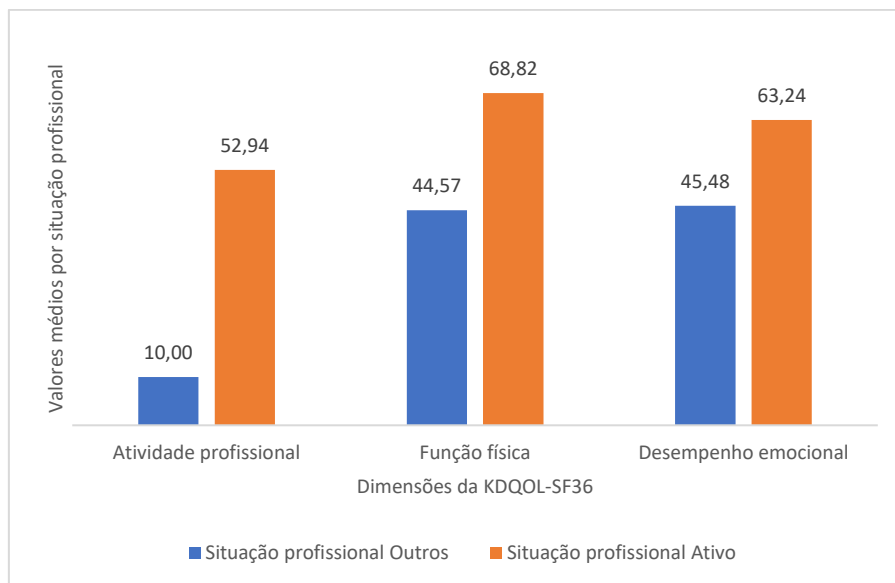
Os indivíduos com situação profissional ativa apresentam maior pontuação nas dimensões: atividade profissional ($M=52,94$; $dp=44,97$); função física ($M=68,82$; $dp=25,10$); e desempenho emocional ($M=63,24$; $dp=29,18$).

Observa-se que numa dimensão que compõe a ESRD (atividade profissional), bem como em duas das dimensões da SF-36 (função física e desempenho emocional), os indivíduos com situação profissional ativa apresentam pontuação mais elevada do que os indivíduos com outra situação profissional, sugerindo terem melhor qualidade de vida (Figura 7). Esta evidência permite corroborar parcialmente a hipótese 4.

Tabela 30 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Mann-Whitney para a ESRD e SF-36 por situação profissional

Escala KDQOL-SF	Situação profissional				Sig.	
	Outros		Ativo			
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Sintomas / Problemas	80,44	15,09	81,99	13,72	0,776	
Efeitos da doença renal na vida diária	64,74	21,29	67,28	22,10	0,805	
Peso da doença renal	34,55	21,43	37,87	22,69	0,413	
Atividade profissional	10,00	20,14	52,94	44,97	0,000	
Função cognitiva	74,19	20,11	74,12	16,14	0,710	
ESRD	Qualidade da interação social	75,52	18,08	76,86	15,11	0,775
	Função sexual	72,92	32,48	86,61	23,75	0,325
	Sono	63,57	18,23	67,21	19,74	0,657
	Apoio social	65,71	33,32	56,86	34,39	0,322
	Encorajamento do pessoal da diálise	82,86	23,23	81,62	21,70	0,799
	Satisfação do doente	70,00	22,98	70,59	20,86	0,904
	Função física	44,57	31,16	68,82	25,10	0,005
	Desempenho físico	42,93	29,72	54,78	26,47	0,079
	Dor	61,00	30,87	69,85	23,86	0,301
	Saúde em geral	34,21	16,72	35,59	14,24	0,606
SF-36	Função emocional	65,07	26,08	71,76	19,84	0,421
	Desempenho emocional	45,48	28,72	63,24	29,18	0,026
	Função social	61,61	29,28	68,38	26,19	0,383
	Vitalidade	48,84	22,90	48,16	19,11	0,961

Figura 7 - Valores médios, por situação profissional



Para validar a hipótese 5 “A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com a situação / apoio familiar do doente”, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (Tabela 31).

De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens (Tabela 31), a situação / apoio familiar não apresenta diferenças estatisticamente significativas sobre a qualidade de vida dos doentes em hemodiálise. Assim, rejeita-se a hipótese previamente formulada, verificando-se que a qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise não difere de acordo com a situação / apoio familiar do doente.

Tabela 31 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Mann-Whitney para a ESRD e SF-36 por situação familiar

Escala KDQOL-SF	Situação familiar				Sig.
	Outros		Não vive só		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Sintomas / Problemas	81,73	11,29	80,57	15,36	0,933
Efeitos da doença renal na vida diária	71,19	15,49	64,19	22,13	0,334
Peso da doença renal	39,90	25,84	34,38	20,85	0,518
Atividade profissional	11,54	21,93	19,59	32,91	0,523
Função cognitiva	79,49	14,00	73,24	20,03	0,381
Qualidade da interação social	76,92	16,91	75,59	17,67	0,976
Função sexual	100,00	-	77,36	30,17	0,374
Sono	60,38	18,11	64,97	18,57	0,268

	Apoio social	55,13	34,95	65,54	33,26	0,273
	Encorajamento do pessoal da diálise	74,04	32,06	84,12	20,72	0,347
	Satisfação do doente	64,10	24,39	71,17	22,12	0,265
SF-36	Função física	56,54	29,68	48,04	31,78	0,377
	Desempenho físico	52,40	30,68	44,01	29,14	0,401
	Dor	69,23	29,80	61,59	29,76	0,401
	Saúde em geral	38,46	17,84	33,78	15,92	0,290
	Função emocional	58,46	24,19	67,77	25,06	0,176
	Desempenho emocional	46,15	32,21	49,44	29,21	0,658
	Função social	61,54	34,41	63,18	27,83	0,962
	Vitalidade	52,88	23,19	47,97	22,00	0,570

Para validar a hipótese 6 “A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é inferior nos doentes que realizam tratamento dialítico há mais tempo”, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* (Tabela 32).

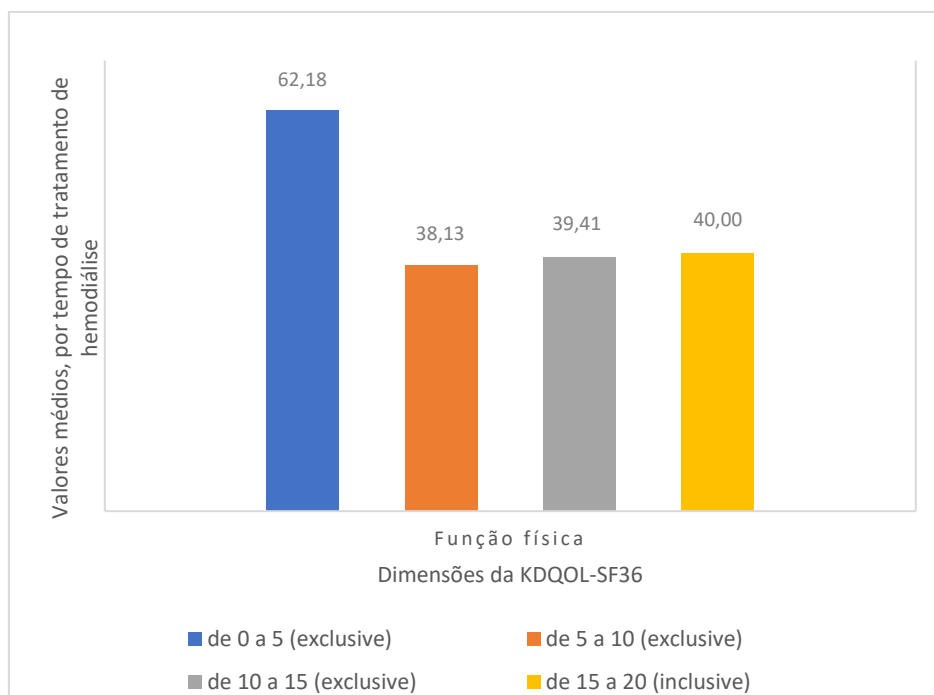
De acordo com o teste de *Kruskal-Wallis* (Tabela 32 e Figura 8), observa-se que há diferença significativa entre o grupo que realiza tratamento de hemodiálise entre os 0 e os 5 anos (exclusive) e o grupo que realiza tratamento de hemodiálise entre os 5 e os 10 anos (exclusive) relativamente à função física. Através da comparação múltipla de médias das ordens, recorrendo ao teste de *Dunn*, evidencia-se esta diferença significativa (estatística=18,84; $p=0,024$), sendo que no primeiro grupo se observam valores mais elevados na função física ($M=62,18,83$; $dp=26,60$; $p=0,009$). Assim, os doentes que realizam tratamento de hemodiálise há menos de 5 anos, apresentam melhor função física em relação aos restantes grupos, o que significa que sentiram menos limitações físicas ao executar atividades violentas (correr, levantar pesos ou participar em desportos extenuantes), atividades moderadas (deslocar uma mesa ou aspirar a casa), bem como levantar ou pegar nas compras de mercearia, andar mais de 1km ou tomar banho sozinho/a.

Observa-se que numa das dimensões da SF-36 (função física), os doentes que realizam tratamento de hemodiálise há menos de 5 anos apresentam pontuação mais elevada, sugerindo maior qualidade de vida. Esta evidência permite corroborar parcialmente a hipótese 6.

Tabela 32 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 por tempo de tratamento de hemodiálise

Escala KDQOL-SF	Anos que realiza tratamento de hemodiálise								Sig.	
	de 0 a 5 (exclusive)		de 5 a 10 (exclusive)		de 10 a 15 (exclusive)		de 15 a 20 (inclusive)			
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Sintomas / Problemas	82,68	14,80	81,42	12,87	77,57	16,76	75,30	16,33	0,474	
Efeitos da doença renal na vida diária	67,31	20,99	65,23	23,48	61,24	20,54	63,39	20,55	0,625	
Peso da doença renal	33,65	20,51	32,29	19,30	40,81	24,32	40,18	29,06	0,671	
Atividade profissional	21,79	32,03	18,75	32,34	11,76	28,11	14,29	37,80	0,542	
Função cognitiva	74,02	19,69	78,06	17,30	72,55	21,33	65,71	19,41	0,415	
ESRD	Qualidade da interação social	76,07	14,57	78,33	20,07	76,08	12,71	64,76	29,74	0,345
	Função sexual	81,73	26,98	69,44	36,50	62,50	53,03	87,50	0,00	0,752
	Sono	68,53	19,33	62,92	13,26	59,85	23,36	56,07	11,62	0,152
	Apoio social	61,11	32,74	69,44	33,21	69,61	32,93	47,62	40,17	0,425
	Encorajamento do pessoal da diálise	81,73	18,99	88,54	16,03	82,35	29,99	67,86	37,40	0,341
	Satisfação do doente	73,08	18,97	73,61	24,53	64,71	26,28	54,76	18,55	0,126
	Função física	62,18	26,60	38,13	33,13	39,41	31,27	40,00	30,55	0,009
	Desempenho físico	49,52	27,18	39,32	28,93	44,53	34,68	43,75	32,27	0,519
	Dor	71,15	28,06	58,44	27,87	58,24	26,54	41,43	41,15	0,074
	Saúde em geral	38,46	15,90	29,58	13,01	36,18	18,33	25,00	17,32	0,065
SF-36	Função emocional	72,05	22,62	65,83	24,26	61,18	28,09	49,29	27,30	0,132
	Desempenho emocional	55,98	26,14	39,58	30,42	52,45	29,13	33,33	36,64	0,073
	Função social	67,95	25,78	59,38	32,61	63,24	26,32	46,43	33,63	0,308
	Vitalidade	52,08	22,41	49,22	18,64	44,85	21,68	37,50	31,25	0,265

Figura 8 - Valores médios, por tempo de tratamento de hemodiálise, da função física



Para validar a hipótese 7 “A pandemia COVID-19 reduziu a qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise”, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (Tabela 33).

De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens (Tabela 33 e Figura 9), há diferenças significativas entre os três grupos.

O grupo que refere menos interferência da COVID-19 na sua qualidade de vida apresenta uma distribuição dos efeitos da doença renal na vida diária significativamente diferente do grupo que refere bastante interferência da COVID-19 (estatística=24,44; $p=0,002$), sendo que no primeiro grupo se observam menores efeitos da doença renal na vida diária⁵ ($M=79,79$; $dp=16,57$; $p=0,002$). Isto significa que os doentes que se sentiram menos afetados com a pandemia COVID-19, sentiram menos impacto da doença renal na vida diária.

O grupo que refere menos interferência da COVID-19 na sua qualidade de vida apresenta uma distribuição da função cognitiva significativamente diferente do grupo que refere bastante interferência da COVID-19 (estatística=18,82; $p=0,029$), sendo que o primeiro grupo apresenta melhores pontuações na função cognitiva ($M=84,00$; $dp=15,70$; $p=0,012$). Ou seja, os doentes

⁵ Pontuação mais elevada representa mais qualidade de vida, logo efeitos menos severos da doença renal na vida diária.

que se sentiram menos afetados com a pandemia COVID-19, apresentam níveis mais elevados da função cognitiva.

O grupo que refere que a COVID-19 interferiu moderadamente na sua qualidade de vida apresenta uma distribuição da qualidade da interação social significativamente diferente do grupo que refere bastante interferência da COVID-19 (estatística=25,07; $p=0,002$), bem como do grupo que refere menos interferência da COVID-19 na sua qualidade de vida (estatística=-24,20; $p=0,024$). No grupo que refere que a COVID-19 interferiu moderadamente na sua qualidade de vida se observam valores mais elevados na qualidade da interação social ($M=88,89$; $dp=11,45$; $p=0,002$). Assim, os doentes que sentiram um impacto moderado decorrente da pandemia COVID-19, tiveram melhor qualidade da interação social.

O grupo que refere menos interferência da COVID-19 na sua qualidade de vida apresenta uma distribuição da função física significativamente diferente do grupo que refere bastante interferência da COVID-19 (estatística=20,48; $p=0,015$), sendo que no primeiro grupo se observam valores mais elevados na função física ($M=70,00$; $dp=24,64$; $p=0,020$). Isto é, os doentes menos afetados com a pandemia COVID-19, apresentam melhor função física.

Numa primeira análise, verifica-se que o grupo que refere menos interferência da COVID-19 na sua qualidade de vida apresenta uma distribuição da função emocional significativamente diferente em relação aos restantes grupos ($p=0,028$). No entanto, numa análise mais aprofundada, e de acordo com a comparação múltipla das médias, verifica-se que esta diferença não é significativa (estatística=16,742; $p=0,066$).

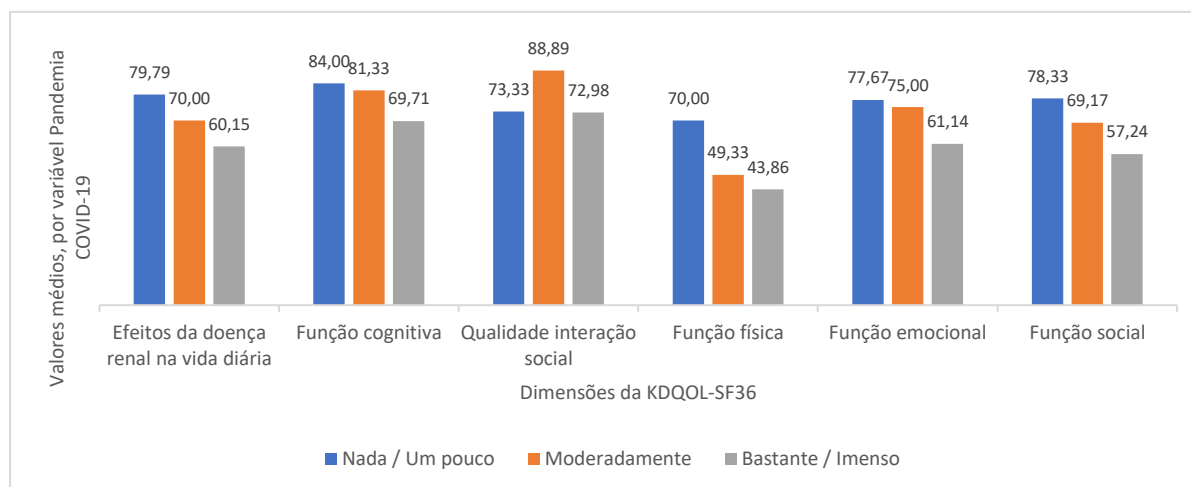
O grupo que refere menos interferência da COVID-19 na sua qualidade de vida apresenta uma distribuição da função social significativamente diferente do grupo que refere bastante interferência da COVID-19 (estatística=18,56; $p=0,031$), sendo que no grupo que refere menos interferência da COVID-19 na sua qualidade de vida se observam valores mais elevados na função social ($M=78,33$; $dp=25,21$; $p=0,020$). Posto isto, os doentes que se sentiram menos afetados com a pandemia COVID-19, têm melhor pontuação a nível da função social.

Observa-se que em duas das dimensões que compõe a ESRD (efeitos da doença renal na vida diária e função cognitiva), bem como em três das dimensões da SF-36 (função física, função emocional e função social), os doentes que se sentiram menos afetados com a pandemia COVID-19, apresentam pontuação mais elevada em relação aos restantes grupos, sugerindo terem melhor qualidade de vida (Figura 9). Esta evidência permite corroborar parcialmente a hipótese 7.

Tabela 33 - Valores médios, desvios-padrão e teste de Kruskal-Wallis para a ESRD e SF-36 para a Pandemia COVID-19

Escala KDQOL-SF	Pandemia COVID-19						Sig.
	Nada / Um pouco		Moderadamente		Bastante / Imenso		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Sintomas / Problemas	86,67	12,29	80,00	13,66	79,38	15,46	0,178
Efeitos da doença renal na vida diária	79,79	16,57	70,00	21,90	60,15	20,53	0,002
Peso da doença renal	41,25	24,07	42,92	18,73	31,58	21,08	0,051
Atividade profissional	30,00	36,84	20,00	36,84	14,91	28,29	0,238
Função cognitiva	84,00	15,70	81,33	13,85	69,71	20,08	0,012
ESRD Qualidade da interação social	73,33	19,19	88,89	11,45	72,98	16,97	0,002
Função sexual	85,23	25,51	62,50	40,09	80,26	26,78	0,226
Sono	70,17	20,45	69,83	15,91	61,27	18,15	0,165
Apoio social	63,33	42,35	68,89	37,20	62,86	30,38	0,558
Encorajamento do pessoal da diálise	83,33	19,86	80,00	30,18	83,11	21,71	0,983
Satisfação do doente	67,78	26,33	76,67	19,72	69,01	22,15	0,447
Função física	70,00	24,64	49,33	32,12	43,86	31,07	0,020
Desempenho físico	60,00	31,94	43,75	29,69	41,74	27,83	0,130
Dor	69,33	25,73	65,00	30,53	60,39	30,64	0,561
Saúde em geral	45,00	21,79	35,33	15,64	31,49	13,56	0,079
SF-36 Função emocional	77,67	20,86	75,00	19,36	61,14	26,02	0,028
Desempenho emocional	66,67	28,35	48,33	34,39	44,44	27,11	0,056
Função social	78,33	25,21	69,17	33,36	57,24	26,82	0,020
Vitalidade	56,25	22,90	49,17	22,02	46,60	21,88	0,349

Figura 9 - Valores médios, para variável Pandemia COVID-19



5 DISCUSSÃO

Depois da apresentação e análise dos resultados, é essencial interpretá-los e confrontá-los com resultados obtidos noutros estudos da mesma temática, com base na revisão da literatura previamente apresentada. Para melhor compreensão da sua discussão, estes são apresentados por hipóteses:

H1: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é inferior nos doentes com mais idade.

Os resultados do presente estudo mostram que os doentes com 65 ou mais anos apresentam menor desempenho emocional, em relação aos restantes grupos etários, corroborando parcialmente a hipótese 1. Esta conclusão vem confirmar estudos anteriores, nomeadamente Anes e Ferreira (2009) que verificaram no seu estudo, 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” (p. 73). Também Casselhas, Magalhães e Nakasu (2020) concluíram que “uma alta média de idade na população estudada, a qual, está diretamente ligada com a deterioração física e perda da qualidade de vida” (p. 459).

Apesar de nos estudos de Anes e Ferreira (2009) e de Casselhas et al. (2020) se verificar que quanto maior a idade, menor a qualidade de vida, no presente estudo apenas a dimensão “desempenho emocional” foi significativa.

A diminuição da qualidade de vida ao longo da idade pode ser explicada pelo facto do próprio envelhecimento, ser visto como um processo em que o doente vê as suas necessidades, a sua segurança, e os seus apoios sociais e familiares afetados. De notar que com o avanço da idade, as pessoas, principalmente pessoas com doença, têm mais dificuldade e demoram mais tempo em executar as tarefas.

H2: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com o género do doente, sendo superior no género masculino.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que o género masculino apresenta melhor qualidade de vida, nomeadamente nas dimensões “sintomas/problemas”, “efeitos da doença renal na vida diária”, “atividade profissional”, “função cognitiva”, “dor”, “função emocional” e “vitalidade”. Estes resultados corroboram estudos anteriores, em que apuraram que o género masculino apresentava melhor perceção da qualidade de vida total, tendo o género masculino

obtido melhores resultados nas dimensões “desempenho físico”, “desempenho emocional”, “sintomas/problemas”, “qualidade da interação social” e “função sexual”, comparativamente ao género feminino (Nunes & Lobo, 2012). Noutro estudo também se observou que o género masculino apresentou melhores níveis de qualidade de vida do que as mulheres, existindo diferenças significativas coincidentes nas dimensões “sintomas / problemas”, “efeitos da doença renal na vida diária”, “dor”, “função emocional” e “vitalidade” (Anes & Ferreira, 2009). Tais resultados, podem ser justificados pelo facto de as mulheres assumirem a responsabilidade do cuidado dos filhos e da casa, tornando-as mais suscetíveis a efeitos adversos da doença, quer a nível físico como psicológico.

H3: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é superior nos doentes com maior nível de escolaridade.

Neste estudo verificou-se que os indivíduos com habilitações ao nível do ensino secundário e superior obtêm pontuação mais elevada, sugerindo maior qualidade de vida, principalmente nas dimensões “função física” e “desempenho emocional”. Em estudos anteriores, apurou-se que existem “melhores níveis de perceção de qualidade de vida nos indivíduos com mais habilitações, com diferenças significativas para a maioria das dimensões” (Anes & Ferreira, 2009, p. 73). Marinho, Oliveira, Borges, Silva e Fernandes (2017) apuraram no seu estudo que menor nível de escolaridade pode comprometer o acesso à educação em saúde e dificuldades na compreensão das informações fornecidas, interferindo assim na adesão e na realização adequada do tratamento, e conseqüentemente na qualidade de vida. Tal facto pode ser explicado por indivíduos com maior nível de escolaridade, terem mais informação, mais recursos intelectuais e maior capacidade de adaptação à doença renal, ao seu tratamento e às suas conseqüências inerentes.

H4: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com a situação profissional do doente, sendo superior nos trabalhadores ativos.

Os dados obtidos no estudo demonstram que os indivíduos com situação profissional ativa apresentam melhor qualidade de vida do que os indivíduos com outra situação profissional, nas dimensões “atividade profissional”, “função física” e “desempenho emocional”. Estes resultados vêm de encontro aos resultados obtidos no estudo de Anes e Ferreira (2009) onde verificaram “melhor índice de qualidade de vida relacionada com a saúde para o grupo de indivíduos trabalhadores ativos” (p. 74). Também Nunes e Lobo (2012), obtiveram no seu estudo uma diminuição da qualidade de vida devido às próprias conseqüências da doença, tal como

mencionam que os “pacientes em tratamento hemodialítico demonstram grandes dificuldades para gerir as limitações / imposições inerentes à doença tais como o tempo despendido nas sessões de hemodiálise e a sua periodicidade, o que dificulta a manutenção do seu vínculo laboral” (p. 43-44).

H5: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise difere de acordo com a situação / apoio familiar do doente.

Contrariamente ao esperado, os resultados do presente estudo mostram que a qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise não difere na situação / apoio familiar do doente. A justificação para tais resultados, poderá estar relacionado com o facto da colheita de dados ter sido realizada aquando do confinamento devido à pandemia COVID-19. Neste período todos os doentes, até mesmo os que viviam sós tiveram, de alguma forma, apoio por parte da clínica, de modo a não se sentirem tão sós. Outra explicação, está relacionada com o facto do apoio familiar, ser visto de forma diferente, de doente para doente. Isto é, cada doente tem uma perspetiva diferente sob o apoio familiar. Para um doente uma mera chamada telefónica é considerada como apoio familiar, enquanto para outro doente, o apoio familiar vai muito mais para além disso. O conceito de apoio familiar poderá ser visto de perspetivas diferentes, daí os resultados obtidos neste estudo.

Já, Anes e Ferreira (2009) obtiveram melhores níveis de qualidade de vida nos doentes que não vivem só. Segundo os autores, estes resultados justificam-se pelos “restantes elementos do agregado familiar a viverem com o doente podem ser encarados como um apoio social e emocional de qualidade de vida muito importante, para além do apoio nas componentes de função e de desempenho físicos” (p. 74).

H6: A qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise é inferior nos doentes que realizam tratamento dialítico há mais tempo.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que os doentes que realizam tratamento de hemodiálise há menos de cinco anos apresentam maior pontuação, sugerindo maior qualidade de vida, principalmente ao nível da dimensão “função física”. Estes resultados, corroboram resultados anteriores nos quais verificaram que os sujeitos com tempo de diálise inferior a um ano, são os que apresentam melhor qualidade de vida comparando com os restantes (Nunes & Lobo, 2012).

Os resultados obtidos podem ser explicados pelo agravamento da doença, e as comorbilidades associadas, ao longo dos anos, tanto na componente física como na componente psicológica. Também a escolaridade poderá estar relacionada, dado que doentes com menor escolaridade poderão ter mais dificuldade no acesso à informação sobre a patologia e respetivo tratamento.

H7: A pandemia COVID-19 reduziu a qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise

Os dados obtidos neste estudo revelam que os doentes que se sentiram menos afetados com a pandemia COVID-19, apresentam pontuação mais elevada relativamente aos outros grupos, sugerindo terem melhor qualidade de vida, nomeadamente nas dimensões “efeitos da doença renal na vida diária”, “função cognitiva”, “função física”, “função emocional” e “função social”. Que se tenha conhecimento, não existem estudos com os quais seja possível comparar os resultados agora obtidos. Yang et al. (2021) avaliaram a qualidade de vida em dois períodos temporais (início da pandemia e seis meses depois), e concluíram que após os seis meses de pandemia, as pessoas apresentaram melhores níveis de qualidade de vida comparativamente ao início. Os autores justificam o resultado devido a fatores sociais e ambientais (e.g., estratégias de mitigação durante a pandemia de COVID-19, monitorização intensa da saúde). Os resultados do presente estudo, são diversos. Percebe-se que os impactos na qualidade de vida dos doentes renais submetidos a tratamento de hemodiálise foram menores para quem se sentiu menos afetado pela pandemia por COVID-19. De recordar que a recolha de dados ocorreu no período onde as medidas de confinamento e isolamento foram mais severas para a população em geral, e naturalmente, para esta população também.

6 CONCLUSÃO

6.1 Principais conclusões

Atendendo aos objetivos propostos para este estudo, conclui-se que: (a) há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e a idade, sendo que com o avanço da idade, menor é a qualidade de vida; (b) há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e o género, sendo que o género masculino apresenta pontuação mais elevada de qualidade de vida, comparativamente ao género feminino; (c) há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e o nível de escolaridade, sendo que os doentes com escolaridade mais elevada (habilitações ao nível do ensino secundário e superior), apresentam maior qualidade de vida; (d) há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e a situação profissional do doente, sendo a qualidade de vida superior nos doentes com situação profissional ativa; (e) não há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e a situação / apoio familiar do doente; (f) há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e o tempo de tratamento de hemodiálise, sendo a qualidade de vida superior nos doentes que realizam tratamento de hemodiálise há menos tempo; e (h) há relação entre a qualidade de vida dos doentes em tratamento de hemodiálise e a pandemia COVID-19, sendo a qualidade de vida superior nos doentes que se sentiram menos afetados com a pandemia COVID-19.

Relativamente ao impacto da pandemia COVID-19 e a qualidade de vida dos doentes hemodialisados conclui-se que: (a) a maioria dos doentes sentiu que a pandemia COVID-19 interferiu bastante ou imenso na sua qualidade de vida; (b) os doentes que se sentiram menos afetados com a pandemia COVID-19 sentiram menos impacto da doença renal na vida diária, bem como apresentam níveis mais elevados da função cognitiva, da função física e da função social; e (c) os doentes que sentiram um impacto moderado decorrente da pandemia COVID-19, tiveram melhor qualidade da interação social.

6.2 Implicações

Através dos resultados deste estudo, pode-se transpor para a prática: (a) a criação e implementação de programas com presença de psicólogos, no sentido de acompanhar mais os doentes, no sentido de perceber quais as suas inquietações, as suas carências; (b) envolver mais

a família, dando mais conhecimento da doença e as suas implicações, ao longo do tempo e alertar para possíveis transtornos físicos e psicológicos que possam interferir no bem-estar e vida dos doentes; (c) criar reuniões / sessões de grupo para partilha de experiências, dúvidas entre doentes.

6.3 Limitações e estudos futuros

No decorrer desta investigação foi notória a escassez de estudos nesta área da qualidade de vida nos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise, principalmente em Portugal. Outra das limitações encontradas relaciona-se com a aplicação do instrumento KDQOL-SF36, mais concretamente: (a) a dificuldade em obter respostas fidedignas dado que alguns doentes não perceberam claramente a importância das respostas; (b) a extensão do questionário, podendo causar algum cansaço e desinteresse; e (c) o constrangimento de expor questões mais delicadas relativamente à situação familiar e função sexual. Importa, também, realçar a carência de estudos relativos à pandemia COVID-19 e seus efeitos nos doentes. Talvez por ser ainda uma área bastante recente, sendo ainda desconhecidos muitos pormenores desta patologia.

Para futuros estudos sugere-se, então, estudos sobre a qualidade de vida de doentes submetidos a tratamento de hemodiálise de outras instituições nacionais, de modo a poder comparar resultados e/ou outros efeitos. Sugere-se, também, estudos mais pormenorizados nos quais se relacione a pandemia COVID-19 e os seus efeitos biopsicossociais nos doentes submetidos a tratamento de hemodiálise. Por fim, sugere-se a reformulação / adaptação do instrumento de recolha de dados, propondo a retirada da dimensão “função sexual” uma vez que é um assunto bastante peculiar, deixando os inquiridos pouco à vontade na sua resposta e participação.

REFERÊNCIAS

- Anes, E., & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67–82. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5077/1/Qualidade%20de%20vida%20em%20di%C3%A1lise%20PDF.pdf>
- Bastos, L. (2012). *Qualidade de Vida da Pessoa Hemodialisada* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1559>
- Carvalho, L., Silva, M., Costa, T., Oliveira, T., & Oliveira, G. (2020). O impacto do isolamento social na vida das pessoas no período da pandemia COVID-19. *Research, Society and Development*, 9, 1–14. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5273>
- Casselhas, D., Magalhães, I., & Nakasu, M. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crónicos 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>
- Castro, M., Caiuby, A., Draibe, S., & Canziani, M. (2003). Qualidade de Vida de Pacientes com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 49 (3), 245–249. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000300025>
- Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 69–79. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.03.001>
- Cunha, S. (2011). *Qualidade de vida no doente em diálise* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1577>
- Despacho nº 12-A/2020 do Ministério da Saúde (2020). Diário da República: II série, 2º suplemento, nº 1. <https://files.dre.pt/2s/2020/01/001000002/0000200003.pdf>
- Despacho nº 4325/2008 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2008). Diário da República: II série, n.º 35. <https://files.dre.pt/2s/2008/02/035000000/0649806503.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2020). *COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO - Doentes com Doença Renal Crónica em Hemodiálise* (Norma 08/2020 de 28/03/2020 atualizada a 26/05/2020). , (2020). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082020-de-280320201.aspx>
- Ferreira, P. (1998). A Medição do Estado de Saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*, 1–81. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/9969>
- Ferreira, P., & Anes, E. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 31–40. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5057/1/Medi%C3%A7%C3%A3o%20da%20qualidade%20de%20vida%20de%20Insuficientes%20renais%20cr%C3%B3nicos-cria%C3%A7%C3%A3o%20da%20vers%C3%A3o%20portuguesa%20do%20KDQOL.pdf>

- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M., Leal, R., Lopes, J., Amoedo, M. e Silva, G. (2021, 14 a 16 de outubro). Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2020 [apresentação de conferência]. Encontro Renal 2021, Vilamoura. <https://cdn02.spnephro.pt/gabreg/312/Registo2020ER2021.pdf>
- Hao, W., Tang, Q., Huang, X., Ao, L., Wang, J., & Xie, D. (2021). Analysis of the prevalence and influencing factors of depression and anxiety among maintenance dialysis patients during the COVID-19 pandemic. *International Urology and Nephrology*, 53 (7), 1453–1461. <https://doi.org/10.1007/s11255-021-02791-0>
- Hays, R., Kallich, J., Mapes, D., Coons, S., Amin, N., Carter, W., & Kamberg, C. (1997). *Kidney Disease Auality of Life Short Form (KDQOL-SF), version 1.3*. https://www.researchgate.net/profile/Ronald-Hays/publication/274568265_Kidney_Disease_Quality_of_Life_Short_Form_KDQOL-SF_Version_13_A_manual_for_use_and_scoring/links/5cf56b524585153c3db18a19/Kidney-Disease-Quality-of-Life-Short-Form-KDQOL-SF-Version-13-A-manual-for-use-and-scoring.pdf
- Inker, L., Astor, B., Fox, C., Isakova, T., Lash, J., Peralta, C., Tamura, M., & Feldman, H. (2014). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 63 (5), 713–735. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.01.416>
- Kirsztajn, G., Bastos, M., & Andriolo, A. (2011). Proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para diagnóstico de doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 47 (2), 100–103. <https://doi.org/10.1590/S1676-24442011000200002>
- Marinho, C. L. A., Oliveira, J. F. de, Borges, J. E. da S., Silva, R. S. da, & Fernandes, F. E. C. V. (2017). Quality of life of chronic renal patients undergoing hemodialysis. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 18 (3), 396-403. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300016>
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS (3ªed.)*. Edições Sílado.
- Mejía, B., & Merchán, 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(1), 11–24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_abstract&tIng=es
- Melo, W., Maia, A., Barracho, A., Ribeiro, B., Correa, C., Correa, I., Ferreira, J., Freitas, J., Fortes, K., Castro, N., Macedo, O., Miranda, P., Freitas, R., Conceição, T., Costa, R., & Lima, M. (2014). Gestão da Qualidade na Saúde. *Revista UNINGÁ*, 18 (1), 24–28. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1499>
- Monteiro, R., Braile, D., Brandau, R., & Jatene, F. (2010). Qualidade de vida em foco. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 25 (4), 568–574. <https://doi.org/10.1590/S0102-76382010000400022>
- Nolasco, F., Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J., Sá, H., Sampaio, S. & Matias, A. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Nefrologia. *República Portuguesa Saúde*, pp. 1–36. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Nunes, C., & Lobo, A. (2012). Estudo das dimensões da qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série (nº 8)*, 39–45. <https://doi.org/10.12707/riii1215>

- Norma nº 017/2011 atualizada a 14/06/2012 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5 da Direção-Geral de Saúde (2012). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/tratamento-conservador-medico-da-insuficiencia-renal-cronica-estadio-5-1.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS na coletiva de imprensa sobre COVID-19 - 11 de março de 2020. Retrieved March 1, 2022, from <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Santos, G., Castilho, M., Viso, B., Carreira, G., Queiroz, M., Mello, T., & Gomes, R. (2014). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. *Diagn. Tratamento*, 19(1), 3–9. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n1/a3960.pdf>
- Siqueira, P., Cezar, F., & Acioli, R. (2017). Gestão dos serviços de saúde: auditoria em unidades de terapia renal substitutiva. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6 (1), 32–41. <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i1.259>
- Yang, Z., Pan, X., Chen, Y., Wang, L., Chen, Q., Zhu, Y., Zhu, Y., Chen, Y., & Chen, X. (2021). Psychological Profiles of Chinese Patients With Hemodialysis During the Panic of Coronavirus Disease 2019. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.616016>

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE MEDIDA



Preenchido por:

QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE SUBMETIDO A HEMODIÁLISE

CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1. Quantos anos tem:

___ anos

2. Qual o seu género:

___ Feminino ___ Masculino

3. Qual o seu estado civil:

___ Solteira/o ___ Casada/o ___ Divorciada/o ___ Viúvo ___ União de facto

4. Qual o seu nível de escolaridade (completo):

___ Analfabeto

___ Sabe ler e escrever

___ 1º ciclo do ensino básico (4ª classe)

___ 2º ciclo do ensino básico (ciclo preparatório)

___ 3º ciclo do ensino básico (9º ano)

___ Ensino Secundário (12º ano)

___ Ensino Superior (Bacharelato / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento)

5. Qual a sua situação profissional:

___ Estudante

___ Trabalhador por conta própria

___ Trabalhador por conta de outrem

___ Desempregado

___ Reformado / Aposentado

6. Qual a sua situação familiar (com quem vive):

___ Cônjuge / companheira/a

___ Família (marido / esposa / filhos)

___ Sozinha/o

___ Lar / Casa de acolhimento

7. Quanto tempo demora (em minutos), na deslocação para o tratamento (considere apenas a viagem de saída do domicílio para a clínica):

_____ minutos

8. Qual a distância (em quilómetros) entre o seu domicílio e a clínica de hemodiálise:

_____ quilómetros

CARATERIZAÇÃO CLÍNICA

9. Há quantos anos realiza tratamento de hemodiálise:

_____ anos

10. Quantas vezes, por semana, realiza tratamento de hemodiálise?

_____ dias por semana

11. Quanto tempo dura o tratamento de hemodiálise?

_____ horas por sessão

DOENÇA RENAL E QUALIDADE DE VIDA

Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) Version 1.3 (versão portuguesa)

A sua saúde

1. Em geral, diria que a sua saúde é: [Marque uma X no local que melhor descreve a sua saúde]

Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Comparando com o que acontecia há 1 ano, como descreve o seu estado geral atual?

Muito melhor agora do que há 1 ano atrás	Um pouco melhor agora do que há 1 ano atrás	Aproximadamente igual há 1 ano atrás	Um pouco pior agora do que há 1 ano atrás	Muito pior agora do que há 1 ano atrás
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto? [Marque uma X em cada linha.]

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

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades?					
Fez menos do que queria?					
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades?					
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)?					

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades?					
Fez menos do que queria?					
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume					

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?					
Se sentiu muito nervoso/a?					
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?					
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?					
Se sentiu com muita energia?					
Se sentiu deprimido/a?					
Se sentiu estafado/a?					
Se sentiu feliz?					
Se sentiu cansado/a?					

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

A sua doença renal

12. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa para si?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa
A minha doença renal interfere demasiado na minha vida					
Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal					
Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal					
Sinto-me um peso para a minha família					

13. Estas perguntas são sobre como se sente e como têm corrido as últimas 4 semanas.

Para cada pergunta, dê a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido.

Quantas vezes nas últimas 4 semanas ...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre	Sempre
Se isolou das outras pessoas à sua volta?						
Demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas?						
Se mostrou irritável com os que o/a rodeavam?						

Teve dificuldades em se concentrar ou pensar?						
Se deu bem com as outras pessoas?						
Se sentiu confuso/a?						

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

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

Efeitos da doença renal no seu dia-a-dia

15. Algumas pessoas sentem-se incomodadas com os efeitos da doença renal no seu dia-a-dia, enquanto outras não. Até que ponto é que a doença renal o/a incomoda em cada uma das seguintes áreas?

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

19. Relativamente à sua família e aos seus amigos, qual o seu grau de satisfação com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
A quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos?				
O apoio que recebe da família e dos amigos?				

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

Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Em geral, como classificaria a sua saúde?

A pior possível (tão má ou pior do que estar morto/a)					Nem muito boa nem muito má					A melhor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Satisfação com os cuidados prestados

23. Pense nos cuidados que recebe na diálise renal. Em termos da sua satisfação, como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa?

Muito mau	Mau	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor possível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Até que ponto é que cada uma das seguintes afirmações é verdadeira ou falsa?

	Completamente verdadeira	Quase toda verdadeira	Não sei	Quase toda falsa	Completamente falsa
O pessoal da diálise incita-me a ser tão independente quanto possível					
O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal					

RELAÇÃO COM A PANDEMIA COVID-19

1. Em que medida a pandemia COVID-19 interferiu na sua qualidade de vida?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Em que medida a pandemia COVID-19 interferiu no seu tratamento de diálise?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Após o aparecimento da pandemia COVID-19, quão seguro se sentiu aquando do tratamento de hemodiálise?

Menos seguro	Igualmente seguro	Mais seguro
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Como classifica as mudanças implementadas na clínica, devido à pandemia COVID-19?

Muito más	Más	Suficientes	Boas	Muito boas	Excelentes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO B – RECODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Tabela B. 1 - Recodificação das variáveis do KDQOL-SF36

Dimensão	Questões (originais) e escala	Pergunta (SPSS)	Recodificação
Sintomas/ Problemas	14 a-l (1-5) 1-nada incomodado; 5-extremamente incomodado	Sintomas1 (14a): Dores musculares?	Questão 14 1 ----> 100 2 ----> 75 3 ----> 50 4 ----> 25 5 ----> 0 Pontuação mais elevada, representa menos sintomas / problemas
		Sintomas2 (14b): Dor no peito?	
		Sintomas3 (14c): Câibras?	
		Sintomas4 (14d): Comichão?	
		Sintomas5 (14e): Pele seca?	
		Sintomas6 (14f): Falta de ar?	
		Sintomas7 (14g): Sensação de desmaio e tonturas?	
		Sintomas8 (14h): Falta de apetite?	
		Sintomas9 (14i): Esgotado/a ou sem forças?	
		Sintomas10 (14j): Mãos ou pés dormentes?	
		Sintomas11 (14k): Náuseas ou indisposição?	
		Sintomas12 (14l): Problemas com fístula / cateter?	
Efeitos da doença renal na vida diária	15 a-h (1-5) 1-nada incomodado; 5-extremamente incomodado	Efeitos1 (15a): Restrição de líquidos?	Questão 15 1 ----> 100 2 ----> 75 3 ----> 50 4 ----> 25 5 ----> 0 Pontuação mais elevada, representa menos efeitos da doença renal na vida diária
		Efeitos2 (15b): Restrição dietética?	
		Efeitos3 (15c): Capacidade para fazer os trabalhos domésticos?	
		Efeitos4 (15d): Capacidade para viajar?	
		Efeitos5 (15e): Dependência de médicos e outro pessoal clínico?	
		Efeitos6 (15f): Stresse ou preocupações causadas pela doença renal?	
		Efeitos7 (15g): Vida sexual?	
		Efeitos8 (15h): Aparência física?	
Peso da doença renal	12 a-d (1-5) 1-completamente falsa; 5- completamente verdadeira	Doença_renal1 (12a): A minha doença renal interfere demasiado na minha vida	Questão 12 1 ----> 0 2 ----> 25 3 ----> 50 4 ----> 75 5 ----> 100 Pontuação mais elevada, representa pouco peso da doença renal na vida da pessoa
		Doença_renal2 (12b): Passo demasiado tempo a tratar da minha doença renal	
		Doença_renal3 (12c): Sinto-me desanimado/a com a minha doença renal	
		Doença_renal4 (12d): Sinto-me um peso para a minha família	
Atividade profissional	20, 21 (0-1) 0-não; 1-sim	Trabalho_remunerado (20): Teve trabalho remunerado?	Questão 20 1 ----> 100 2 ----> 0 Pontuação mais elevada representa que realizou trabalho remunerado Questão 21 1 ----> 0 2 ----> 100 Pontuação mais elevada, significa que a saúde não impossibilitou a pessoa de ter um trabalho remunerado
		Saúde_trabalho (21): A sua saúde impossibilita-o/a de ter um trabalho remunerado?	
Função cognitiva	13 b, d, f (1-6) 1-nunca; 6-sempre	Como_se_sente_DR2 (13b): Demorou a reagir a coisas que foram ditas ou feitas?	Questão 13 b, d, f 1 ----> 100 2 ----> 80 3 ----> 60 4 ----> 40 5 ----> 20 6 ----> 0 Pontuação mais elevada, representa melhor função cognitiva
		Como_se_sente_DR4 (13d): Teve dificuldades em se concentrar ou pensar?	
		Como_se_sente_DR6 (13f): Se sentiu confuso/a?	
Qualidade da Interação social	13 a, c, e (1-6) 1-nunca; 6-sempre	Como_se_sente_DR1 (13a): Se isolou das outras pessoas à sua volta?	Questão 13 a, c 1 ----> 100 2 ----> 80 3 ----> 60 4 ----> 40 5 ----> 20
		Como_se_sente_DR3 (13c): Se mostrou irritável com os que o/a rodeavam?	
		Como_se_sente_DR5 (13e): Se deu bem com as outras pessoas?	

			6 ---> 0 Questão 13e 1 ---> 0 2 ---> 20 3 ---> 40 4 ---> 60 5 ---> 80 6 ---> 100 Pontuação mais elevada, representa mais qualidade da interação social
Função sexual	16 a, b (1-5) 1-um problema grave; 5-sem problema	Prazer (16a): Ter prazer sexual? Excitação (16b): Ficar excitado/a sexualmente?	Questão 16 1 ---> 100 2 ---> 75 3 ---> 50 4 ---> 25 5 ---> 0 Pontuação mais elevada, significa boa função sexual
Sono	17 (0-10) 0-muito mau; 10- muito bom 18 a-c (1-6) 1-nunca; 6-sempre	Sono (17): Como classifica o seu sono em geral? Dormir1 (18a): Acordou durante a noite e teve dificuldades em voltar a adormecer? Dormir2 (18b): Dormiu o tempo suficiente? Dormir3 (18c): Teve dificuldade em se manter acordado/a durante o dia?	Questão 17 0 ---> 0 1 ---> 10 2 ---> 20 3 ---> 30 4 ---> 40 5 ---> 50 6 ---> 60 7 ---> 70 8 ---> 80 9 ---> 90 10 ---> 100 Questão 18 a, c 1 ---> 100 2 ---> 80 3 ---> 60 4 ---> 40 5 ---> 20 6 ---> 0 Questão 18b 1 ---> 0 2 ---> 20 3 ---> 40 4 ---> 60 5 ---> 80 6 ---> 100 Pontuação mais elevada representa melhor qualidade de sono
Apoio social	19 a, b (1-4) 1-muito insatisfeito; 4-muito satisfeito	Familia1 (19a): A quantidade de tempo que consegue passar com a família e com os amigos? Familia2 (19b): O apoio que recebe da família e dos amigos?	Questão 19 1 ---> 0 2 ---> 33,33 3 ---> 66,66 4 ---> 100 Pontuação mais elevada, significa maior apoio social
Encorajamento do pessoal de diálise	24 a, b (1-5) 1-completamente falsa; 5- completamente verdadeira	Satisfação2 (24a): O pessoal da diálise incita-me a ser tão independente quanto possível Satisfação3 (24b): O pessoal da diálise ajuda-me a lidar com a minha doença renal	Questão 24 1 ---> 100 2 ---> 75 3 ---> 50 4 ---> 25 5 ---> 0 Pontuação mais elevada, significa maior encorajamento por parte dos profissionais de diálise
Satisfação do doente	23 (1-7) 1-muito mau; 7-o melhor possível	Satisfação1 (23): Como classificaria a amabilidade e o interesse que tiveram consigo como pessoa?	Questão 23 1 ---> 0 2 ---> 16,67 3 ---> 33,33 4 ---> 50 5 ---> 66,67 6 ---> 83,33 7 ---> 100

			Pontuação mais elevada, significa maior satisfação do doente
Função física	3 a-j (1-3) 1-não, nada limitado; 3-sim, muito limitado	Atividade1 (3a): Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes Atividade2 (3b): Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa Atividade3 (3c): Levantar ou pegar nas compras de mercearia Atividade4 (3d): Subir vários lanços de escada Atividade5 (3e): Subir um lanço de escadas Atividade6 (3f): Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se Atividade7 (3g): Andar mais de 1km Atividade8 (3h): Andar várias centenas de metros Atividade9 (3i): Andar uma centena de metros Atividade10 (3j): Tomar banho ou vestir-se sozinho	Questão 3 1 ----> 0 2----> 50 3 ----> 100 Pontuação mais elevada, significa melhor função física
Desempenho físico*	4 a-d (1-5) 1-nunca; 5-sempre	Problemas1 (4a): Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades? Problemas2 (4b): Fez menos do que queria? Problemas3 (4c): Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades? Problemas4 (4d): Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades?	Questão 4 1 ----> 0 2 ----> 25 3 ----> 50 4 ----> 75 5 ----> 100 Pontuação mais elevada, representa melhor desempenho físico
Dor	7 (1-6) 1-nenhumas; 6-muito fortes 8 (1-5) 1-nada; 5-imenso	Dores (7): Durante as últimas 4 semanas, teve dores? Interferência_dor (8): De que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal?	Questão 7 1 ----> 100 2 ----> 80 3 ----> 60 4 ----> 40 5 ----> 20 6 ----> 0 Questão 8 1 ----> 100 2 ----> 75 3 ----> 50 4 ----> 25 5 ----> 0 Pontuação mais elevada representa menor nível de dor
Saúde em geral	1 (1-5) 1-fracas; 5-excelente 11 a-d (1-5) 1-absolutamente falso; 5-absolutamente verdade	Saúde1 (1): Em geral, diria que a sua saúde é Perceção_saúde1 (11a): Parece que adoço mais facilmente do que os outros Perceção_saúde2 (11b): Sou tão saudável como qualquer outra pessoa Perceção_saúde3 (11c): Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar Perceção_saúde4 (11d): A minha saúde é ótima	Questão 1 1 ----> 100 2 ----> 75 3 ----> 50 4 ----> 25 5 ----> 0 Questão 11a, c 1 ----> 0 2 ----> 25 3 ----> 50 4 ----> 75 5 ----> 100 Questão 11b, d 1 ----> 100 2 ----> 75 3 ----> 50 4 ----> 25 5 ----> 0 Pontuação mais elevada, significada melhor nível de saúde
Função emocional*	9 b, c, d, f, h (1-5) 1-nunca; 5-sempre	Como_se_sentiu2 (9b): Sentiu-se muito nervoso/a?	Questão 9 b, c, f 1 ----> 0 2 ----> 25

		Como_se_sentiu3 (9c): Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava?	3 ----> 50 4 ----> 75
		Como_se_sentiu4 (9d): Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a?	5 ----> 100
		Como_se_sentiu6 (9f): Sentiu-se deprimido/a?	Questão 9 d, h 1 ----> 100 2 ----> 75
		Como_se_sentiu8 (9h): Sentiu-se feliz?	3 ----> 50 4 ----> 25 5 ----> 0
			Pontuação mais elevada, significa melhor função emocional
Desempenho emocional*	5 a-c (1-5) 1-nunca; 5-sempre	Problemas_emocionais1 (5a): Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades?	Questão 5 1 ----> 0 2 ----> 25
		Problemas_emocionais2 (5b): Fez menos do que queria?	3 ----> 50 4 ----> 75
		Problemas_emocionais3 (5c): Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume?	5 ----> 100 Pontuação mais elevada, significa melhor desempenho emocional
Função social	6 (1-5) 1-nada; 5-imenso 10 (1-5) 1-nunca; 5-sempre	Relacionamento_social (6): Em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	Questão 6 1 ----> 100 2 ----> 75 3 ----> 50 4 ----> 25 5 ----> 0
		Limitação_atividade_social (10): Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social?	Questão 10 1 ----> 0 2 ----> 25 3 ----> 50 4 ----> 75 5 ----> 100
			Pontuação mais elevada, representa melhor função social
Vitalidade*	9 a, e, g, i (1-5) 1-nunca; 5-sempre	Como_se_sentiu1 (9a): Sentiu-se cheio/a de vitalidade?	Questão 9 a, e 1 ----> 100 2 ----> 75 3 ----> 50 4 ----> 25
		Como_se_sentiu5 (9e): Sentiu-se com muita energia?	5 ----> 0
		Como_se_sentiu7 (9g): Sentiu-se estafado/a?	Questão 9 g, i 1 ----> 0 2 ----> 25
		Como_se_sentiu9 (9i): Sentiu-se cansado/a?	3 ----> 50 4 ----> 75 5 ----> 100
			Pontuação mais elevada, representa maior vitalidade

Nota: *O questionário utilizado neste estudo corresponde à versão 1.3 de KDQOL-SF de Hays et al. (1997), adaptado por Cunha (2011).

ANEXO C – TESTES DA NORMALIDADE DOS DADOS

Tabela C. 2 – Teste da normalidade para a variável Idade

Idade		Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	GL	Sig.	Estatística	GL	Sig.
Sintomas / Problemas	18 a 40	0,22	7	0,200 [*]	0,92	7	0,448
	41 a 64	0,24	17	0,012	0,86	17	0,013
	65 ou mais	0,19	14	0,178	0,88	14	0,067
Efeitos da doença renal na vida diária	18 a 40	0,19	7	0,200 [*]	0,97	7	0,893
	41 a 64	0,12	17	0,200 [*]	0,94	17	0,290
	65 ou mais	0,26	14	0,011	0,88	14	0,058
Peso da doença renal	18 a 40	0,32	7	0,031	0,85	7	0,116
	41 a 64	0,15	17	0,200 [*]	0,95	17	0,409
	65 ou mais	0,11	14	0,200 [*]	0,97	14	0,873
Atividade profissional	18 a 40	0,26	7	0,174	0,82	7	0,062
	41 a 64	0,43	17	0,000	0,61	17	0,000
	65 ou mais	0,29	14	0,003	0,77	14	0,002
Função cognitiva	18 a 40	0,24	7	0,200 [*]	0,87	7	0,200
	41 a 64	0,22	17	0,029	0,84	17	0,009
	65 ou mais	0,34	14	0,000	0,84	14	0,015
Qualidade da interação social	18 a 40	0,21	7	0,200 [*]	0,94	7	0,612
	41 a 64	0,20	17	0,072	0,88	17	0,027
	65 ou mais	0,16	14	0,200 [*]	0,94	14	0,462
Função sexual	18 a 40	0,29	7	0,078	0,66	7	0,001
	41 a 64	0,34	17	0,000	0,72	17	0,000
	65 ou mais	0,25	14	0,020	0,83	14	0,012
Sono	18 a 40	0,23	7	0,200 [*]	0,89	7	0,278
	41 a 64	0,18	17	0,170	0,90	17	0,073
	65 ou mais	0,11	14	0,200 [*]	0,99	14	0,999
Apoio social	18 a 40	0,14	7	0,200 [*]	0,98	7	0,948
	41 a 64	0,22	17	0,032	0,82	17	0,004
	65 ou mais	0,20	14	0,120	0,87	14	0,038
Encorajamento do pessoal da diálise	18 a 40	0,24	7	0,200 [*]	0,81	7	0,047
	41 a 64	0,36	17	0,000	0,71	17	0,000
	65 ou mais	0,32	14	0,000	0,71	14	0,000
Satisfação do doente	18 a 40	0,17	7	0,200 [*]	0,97	7	0,873
	41 a 64	0,23	17	0,019	0,79	17	0,002
	65 ou mais	0,22	14	0,076	0,90	14	0,120
Função física	18 a 40	0,18	7	0,200 [*]	0,94	7	0,602
	41 a 64	0,21	17	0,036	0,89	17	0,043
	65 ou mais	0,16	14	0,200 [*]	0,93	14	0,336
Desempenho físico	18 a 40	0,20	7	0,200 [*]	0,92	7	0,467
	41 a 64	0,12	17	0,200 [*]	0,95	17	0,528
	65 ou mais	0,13	14	0,200 [*]	0,96	14	0,655

Dor	18 a 40	0,18	7	0,200*	0,93	7	0,554
	41 a 64	0,17	17	0,200*	0,90	17	0,076
	65 ou mais	0,21	14	0,106	0,86	14	0,030
Saúde em geral	18 a 40	0,20	7	0,200*	0,93	7	0,521
	41 a 64	0,20	17	0,066	0,82	17	0,004
	65 ou mais	0,13	14	0,200*	0,96	14	0,697
Função emocional	18 a 40	0,23	7	0,200*	0,82	7	0,062
	41 a 64	0,19	17	0,098	0,80	17	0,002
	65 ou mais	0,21	14	0,083	0,89	14	0,074
Desempenho emocional	18 a 40	0,17	7	0,200*	0,97	7	0,876
	41 a 64	0,12	17	0,200*	0,94	17	0,366
	65 ou mais	0,17	14	0,200*	0,96	14	0,706
Função social	18 a 40	0,25	7	0,200*	0,89	7	0,255
	41 a 64	0,23	17	0,019	0,83	17	0,005
	65 ou mais	0,16	14	0,200*	0,96	14	0,672
Vitalidade	18 a 40	0,23	7	0,200*	0,93	7	0,514
	41 a 64	0,22	17	0,024	0,84	17	0,007
	65 ou mais	0,15	14	0,200*	0,93	14	0,297

*. Este é um limite inferior da verdadeira significância.

a. Correção de significância de Lilliefors

Tabela C. 3 – Teste da normalidade para a variável Género

Género		Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	GL	Sig.	Estatística	GL	Sig.
Sintomas / Problemas	Feminino	0,22	11	0,137	0,92	11	0,329
	Masculino	0,23	27	0,001	0,81	27	0,000
Efeitos da doença renal na vida diária	Feminino	0,16	11	0,200*	0,96	11	0,792
	Masculino	0,18	27	0,022	0,91	27	0,017
Peso da doença renal	Feminino	0,14	11	0,200*	0,94	11	0,579
	Masculino	0,12	27	0,200*	0,96	27	0,465
Atividade profissional	Feminino	0,53	11	0,000	0,34	11	0,000
	Masculino	0,26	27	0,000	0,79	27	0,000
Função cognitiva	Feminino	0,19	11	0,200*	0,89	11	0,127
	Masculino	0,18	27	0,023	0,91	27	0,025
Qualidade da interação social	Feminino	0,20	11	0,200*	0,92	11	0,332
	Masculino	0,18	27	0,030	0,90	27	0,011
Função sexual	Feminino	0,30	11	0,006	0,74	11	0,001
	Masculino	0,29	27	0,000	0,76	27	0,000
Sono	Feminino	0,22	11	0,163	0,87	11	0,087
	Masculino	0,09	27	0,200*	0,96	27	0,435
Apoio social	Feminino	0,15	11	0,200*	0,90	11	0,179
	Masculino	0,19	27	0,015	0,86	27	0,002
Encorajamento do pessoal da diálise	Feminino	0,33	11	0,001	0,73	11	0,001
	Masculino	0,31	27	0,000	0,77	27	0,000
Satisfação do doente	Feminino	0,22	11	0,146	0,83	11	0,024
	Masculino	0,20	27	0,009	0,90	27	0,010
Função física	Feminino	0,20	11	0,200*	0,91	11	0,242
	Masculino	0,20	27	0,009	0,92	27	0,034
Desempenho físico	Feminino	0,18	11	0,200*	0,92	11	0,306
	Masculino	0,10	27	0,200*	0,97	27	0,498
Dor	Feminino	0,14	11	0,200*	0,95	11	0,587
	Masculino	0,18	27	0,020	0,88	27	0,005
Saúde em geral	Feminino	0,21	11	0,167	0,87	11	0,080
	Masculino	0,14	27	0,194	0,93	27	0,091
Função emocional	Feminino	0,23	11	0,111	0,87	11	0,069
	Masculino	0,19	27	0,014	0,91	27	0,025
Desempenho emocional	Feminino	0,16	11	0,200*	0,96	11	0,809
	Masculino	0,13	27	0,200*	0,94	27	0,133
Função social	Feminino	0,32	11	0,003	0,78	11	0,005
	Masculino	0,16	27	0,088	0,92	27	0,033
Vitalidade	Feminino	0,18	11	0,200*	0,92	11	0,343
	Masculino	0,16	27	0,090	0,89	27	0,008

*. Este é um limite inferior da verdadeira significância.

a. Correção de significância de Lilliefors

Tabela C. 3 – Teste da normalidade para a variável Escolaridade

Escolaridade		Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	GL	Sig.	Estatística	GL	Sig.
Sintomas / Problemas	Até 4ª classe	0,25	11	0,054	0,88	11	0,111
	2º e 3º ciclo	0,17	14	0,200*	0,91	14	0,161
	Ensino Secundário e Superior	0,20	13	0,179	0,90	13	0,133
Efeitos da doença renal na vida diária	Até 4ª classe	0,21	11	0,176	0,84	11	0,033
	2º e 3º ciclo	0,17	14	0,200*	0,91	14	0,156
	Ensino Secundário e Superior	0,17	13	0,200*	0,94	13	0,456
Peso da doença renal	Até 4ª classe	0,14	11	0,200*	0,94	11	0,534
	2º e 3º ciclo	0,16	14	0,200*	0,93	14	0,353
	Ensino Secundário e Superior	0,14	13	0,200*	0,92	13	0,262
Atividade profissional	Até 4ª classe	0,33	11	0,001	0,76	11	0,002
	2º e 3º ciclo	0,31	14	0,001	0,75	14	0,001
	Ensino Secundário e Superior	0,37	13	0,000	0,71	13	0,001
Função cognitiva	Até 4ª classe	0,29	11	0,011	0,76	11	0,003
	2º e 3º ciclo	0,17	14	0,200*	0,93	14	0,274
	Ensino Secundário e Superior	0,16	13	0,200*	0,92	13	0,236
Qualidade da interação social	Até 4ª classe	0,16	11	0,200*	0,90	11	0,184
	2º e 3º ciclo	0,20	14	0,121	0,95	14	0,512
	Ensino Secundário e Superior	0,23	13	0,068	0,88	13	0,063
Função sexual	Até 4ª classe	0,35	11	0,001	0,76	11	0,003
	2º e 3º ciclo	0,23	14	0,040	0,82	14	0,010
	Ensino Secundário e Superior	0,33	13	0,000	0,66	13	0,000
Sono	Até 4ª classe	0,23	11	0,117	0,85	11	0,046
	2º e 3º ciclo	0,18	14	0,200*	0,90	14	0,112
	Ensino Secundário e Superior	0,13	13	0,200*	0,98	13	0,987
Apoio social	Até 4ª classe	0,24	11	0,091	0,92	11	0,312
	2º e 3º ciclo	0,18	14	0,200*	0,89	14	0,073
	Ensino Secundário e Superior	0,22	13	0,075	0,78	13	0,004
Encorajamento do pessoal da diálise	Até 4ª classe	0,45	11	0,000	0,57	11	0,000
	2º e 3º ciclo	0,26	14	0,013	0,83	14	0,012
	Ensino Secundário e Superior	0,28	13	0,008	0,81	13	0,010
Satisfação do doente	Até 4ª classe	0,22	11	0,158	0,90	11	0,211
	2º e 3º ciclo	0,19	14	0,200*	0,91	14	0,150
	Ensino Secundário e Superior	0,18	13	0,200*	0,86	13	0,039
Função física	Até 4ª classe	0,23	11	0,096	0,94	11	0,501

	2º e 3º ciclo	0,18	14	0,200*	0,90	14	0,127
	Ensino Secundário e Superior	0,23	13	0,062	0,91	13	0,165
Desempenho físico	Até 4ª classe	0,11	11	0,200*	0,97	11	0,915
	2º e 3º ciclo	0,11	14	0,200*	0,96	14	0,725
	Ensino Secundário e Superior	0,20	13	0,150	0,91	13	0,182
Dor	Até 4ª classe	0,16	11	0,200*	0,90	11	0,176
	2º e 3º ciclo	0,18	14	0,200*	0,91	14	0,154
	Ensino Secundário e Superior	0,18	13	0,200*	0,89	13	0,099
Saúde em geral	Até 4ª classe	0,21	11	0,192	0,94	11	0,480
	2º e 3º ciclo	0,18	14	0,200*	0,92	14	0,187
	Ensino Secundário e Superior	0,17	13	0,200*	0,94	13	0,470
Função emocional	Até 4ª classe	0,25	11	0,053	0,84	11	0,032
	2º e 3º ciclo	0,13	14	0,200*	0,93	14	0,352
	Ensino Secundário e Superior	0,24	13	0,036	0,86	13	0,034
Desempenho emocional	Até 4ª classe	0,16	11	0,200*	0,96	11	0,710
	2º e 3º ciclo	0,13	14	0,200*	0,96	14	0,735
	Ensino Secundário e Superior	0,16	13	0,200*	0,91	13	0,199
Função social	Até 4ª classe	0,20	11	0,200*	0,92	11	0,355
	2º e 3º ciclo	0,21	14	0,096	0,93	14	0,294
	Ensino Secundário e Superior	0,28	13	0,008	0,82	13	0,012
Vitalidade	Até 4ª classe	0,18	11	0,200*	0,90	11	0,166
	2º e 3º ciclo	0,19	14	0,168	0,84	14	0,019
	Ensino Secundário e Superior	0,19	13	0,200*	0,90	13	0,123

*. Este é um limite inferior da verdadeira significância.

a. Correção de significância de Lilliefors

Tabela C. 4 – Teste da normalidade para a variável Situação Profissional

Situação Profissional		Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	GL	Sig.	Estatística	GL	Sig.
Sintomas / Problemas	Ativos	0,22	14	0,064	0,88	14	0,055
	Outros	0,17	24	0,081	0,88	24	0,009
Efeitos da doença renal na vida diária	Ativos	0,13	14	0,200*	0,94	14	0,384
	Outros	0,15	24	0,175	0,91	24	0,043
Peso da doença renal	Ativos	0,18	14	0,200*	0,97	14	0,841
	Outros	0,15	24	0,159	0,94	24	0,194
Atividade profissional	Ativos	0,27	14	0,006	0,76	14	0,002
	Outros	0,42	24	0,000	0,60	24	0,000
Função cognitiva	Ativos	0,17	14	0,200*	0,92	14	0,206
	Outros	0,21	24	0,006	0,84	24	0,002
Qualidade da interação social	Ativos	0,17	14	0,200*	0,94	14	0,398
	Outros	0,15	24	0,187	0,92	24	0,047
Função sexual	Ativos	0,29	14	0,003	0,62	14	0,000
	Outros	0,30	24	0,000	0,79	24	0,000
Sono	Ativos	0,10	14	0,200*	0,96	14	0,772
	Outros	0,14	24	0,200*	0,93	24	0,094
Apoio social	Ativos	0,18	14	0,200*	0,91	14	0,166
	Outros	0,23	24	0,001	0,84	24	0,001
Encorajamento do pessoal da diálise	Ativos	0,35	14	0,000	0,73	14	0,001
	Outros	0,30	24	0,000	0,76	24	0,000
Satisfação do doente	Ativos	0,23	14	0,047	0,89	14	0,069
	Outros	0,16	24	0,114	0,89	24	0,016
Função física	Ativos	0,21	14	0,090	0,90	14	0,103
	Outros	0,17	24	0,056	0,94	24	0,136
Desempenho físico	Ativos	0,19	14	0,196	0,94	14	0,420
	Outros	0,10	24	0,200*	0,97	24	0,608
Dor	Ativos	0,18	14	0,200*	0,89	14	0,090
	Outros	0,17	24	0,085	0,88	24	0,010
Saúde em geral	Ativos	0,14	14	0,200*	0,96	14	0,644
	Outros	0,18	24	0,041	0,90	24	0,026
Função emocional	Ativos	0,21	14	0,095	0,87	14	0,043
	Outros	0,16	24	0,134	0,86	24	0,003
Desempenho emocional	Ativos	0,19	14	0,200*	0,93	14	0,326
	Outros	0,12	24	0,200*	0,97	24	0,648
Função social	Ativos	0,19	14	0,195	0,92	14	0,233
	Outros	0,17	24	0,080	0,89	24	0,017
Vitalidade	Ativos	0,18	14	0,200*	0,93	14	0,261
	Outros	0,17	24	0,079	0,88	24	0,008

*. Este é um limite inferior da verdadeira significância.

a. Correção de significância de Lilliefors

Tabela C. 5 – Teste da normalidade para a variável Situação / Apoio Familiar

Situação familiar		Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	GL	Sig.	Estatística	GL	Sig.
Sintomas / Problemas	Não vive só	0,13	74	0,005	0,91	74	0,000
	Vive só	0,12	13	0,200*	0,94	13	0,405
Efeitos da doença renal na vida diária	Não vive só	0,10	74	0,043	0,97	74	0,042
	Vive só	0,21	13	0,121	0,95	13	0,641
Peso da doença renal	Não vive só	0,12	74	0,015	0,96	74	0,028
	Vive só	0,17	13	0,200*	0,93	13	0,382
Atividade profissional	Não vive só	0,43	74	0,000	0,62	74	0,000
	Vive só	0,47	13	0,000	0,53	13	0,000
Função cognitiva	Não vive só	0,13	74	0,003	0,94	74	0,003
	Vive só	0,20	13	0,140	0,90	13	0,143
Qualidade da interação social	Não vive só	0,12	74	0,006	0,93	74	0,000
	Vive só	0,20	13	0,164	0,91	13	0,192
Função sexual	Não vive só	0,29	37	0,000	0,76	37	0,000
Sono	Não vive só	0,09	74	0,200*	0,97	74	0,133
	Vive só	0,23	13	0,053	0,86	13	0,040
Apoio social	Não vive só	0,20	74	0,000	0,87	74	0,000
	Vive só	0,24	13	0,032	0,90	13	0,152
Encorajamento do pessoal da diálise	Não vive só	0,29	74	0,000	0,76	74	0,000
	Vive só	0,25	13	0,023	0,81	13	0,009
Satisfação do doente	Não vive só	0,18	74	0,000	0,89	74	0,000
	Vive só	0,26	13	0,019	0,86	13	0,039
Função física	Não vive só	0,10	74	0,057	0,94	74	0,001
	Vive só	0,14	13	0,200*	0,95	13	0,576
Desempenho físico	Não vive só	0,12	73	0,010	0,96	73	0,011
	Vive só	0,17	13	0,200*	0,86	13	0,039
Dor	Não vive só	0,12	74	0,011	0,93	74	0,001
	Vive só	0,22	13	0,090	0,86	13	0,037
Saúde em geral	Não vive só	0,15	74	0,001	0,95	74	0,004
	Vive só	0,23	13	0,066	0,94	13	0,500
Função emocional	Não vive só	0,12	74	0,011	0,93	74	0,001
	Vive só	0,17	13	0,200*	0,94	13	0,508
Desempenho emocional	Não vive só	0,11	74	0,017	0,95	74	0,010
	Vive só	0,27	13	0,010	0,85	13	0,030
Função social	Não vive só	0,12	74	0,007	0,93	74	0,001
	Vive só	0,18	13	0,200*	0,90	13	0,119
Vitalidade	Não vive só	0,13	74	0,004	0,97	74	0,101
	Vive só	0,16	13	0,200*	0,97	13	0,897

*. Este é um limite inferior da verdadeira significância. a. Correção de significância de Lilliefors. c. "Função sexual" é constante quando "Situação familiar"= Vive só. Foi omitido.

Tabela C. 6 – Teste da normalidade para a variável Anos de Tratamento de Hemodiálise

Anos de tratamento de Hemodiálise		Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	GL	Sig.	Estatística	GL	Sig.
Sintomas / Problemas	de 0 a 5 (exclusive)	0,16	26	0,075	0,90	26	0,017
	de 5 a 10 (exclusive)	0,24	9	0,157	0,86	9	0,102
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Efeitos da doença renal na vida diária	de 0 a 5 (exclusive)	0,13	26	0,200*	0,94	26	0,142
	de 5 a 10 (exclusive)	0,20	9	0,200*	0,83	9	0,044
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Peso da doença renal	de 0 a 5 (exclusive)	0,13	26	0,200*	0,96	26	0,315
	de 5 a 10 (exclusive)	0,21	9	0,200*	0,94	9	0,597
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Atividade profissional	de 0 a 5 (exclusive)	0,35	26	0,000	0,72	26	0,000
	de 5 a 10 (exclusive)	0,33	9	0,005	0,76	9	0,008
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Função cognitiva	de 0 a 5 (exclusive)	0,18	26	0,031	0,92	26	0,035
	de 5 a 10 (exclusive)	0,18	9	0,200*	0,94	9	0,542
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Qualidade da interação social	de 0 a 5 (exclusive)	0,14	26	0,200*	0,95	26	0,220
	de 5 a 10 (exclusive)	0,19	9	0,200*	0,85	9	0,078
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Função sexual	de 0 a 5 (exclusive)	0,33	26	0,000	0,72	26	0,000
	de 5 a 10 (exclusive)	0,24	9	0,133	0,83	9	0,041
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Sono	de 0 a 5 (exclusive)	0,13	26	0,200*	0,96	26	0,349
	de 5 a 10 (exclusive)	0,24	9	0,139	0,87	9	0,135
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Apoio social	de 0 a 5 (exclusive)	0,15	26	0,142	0,89	26	0,012
	de 5 a 10 (exclusive)	0,25	9	0,097	0,77	9	0,010
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Encorajamento do pessoal da diálise	de 0 a 5 (exclusive)	0,30	26	0,000	0,79	26	0,000
	de 5 a 10 (exclusive)	0,41	9	0,000	0,62	9	0,000
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Satisfação do doente	de 0 a 5 (exclusive)	0,19	26	0,020	0,89	26	0,011
	de 5 a 10 (exclusive)	0,23	9	0,191	0,85	9	0,082
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Função física	de 0 a 5 (exclusive)	0,22	26	0,002	0,92	26	0,040
	de 5 a 10 (exclusive)	0,15	9	0,200*	0,96	9	0,846
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Desempenho físico	de 0 a 5 (exclusive)	0,11	26	0,200*	0,96	26	0,486

	de 5 a 10 (exclusive)	0,12	9	0,200*	0,97	9	0,872
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Dor	de 0 a 5 (exclusive)	0,20	26	0,010	0,88	26	0,005
	de 5 a 10 (exclusive)	0,20	9	0,200*	0,88	9	0,147
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Saúde em geral	de 0 a 5 (exclusive)	0,12	26	0,200*	0,94	26	0,137
	de 5 a 10 (exclusive)	0,29	9	0,026	0,73	9	0,003
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Função emocional	de 0 a 5 (exclusive)	0,15	26	0,114	0,87	26	0,004
	de 5 a 10 (exclusive)	0,23	9	0,172	0,91	9	0,301
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Desempenho emocional	de 0 a 5 (exclusive)	0,14	26	0,200*	0,95	26	0,269
	de 5 a 10 (exclusive)	0,19	9	0,200*	0,97	9	0,902
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Função social	de 0 a 5 (exclusive)	0,18	26	0,023	0,91	26	0,021
	de 5 a 10 (exclusive)	0,19	9	0,200*	0,89	9	0,181
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				
Vitalidade	de 0 a 5 (exclusive)	0,18	26	0,028	0,89	26	0,011
	de 5 a 10 (exclusive)	0,19	9	0,200*	0,93	9	0,437
	de 10 a 15 (exclusive)	0,26	2				

*. Este é um limite inferior da verdadeira significância.

a. Correção de significância de Lilliefors

Tabela C. 7 – Teste da normalidade para a variável Pandemia COVID-19

COVID-19		Testes de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	GL	Sig.	Estatística	GL	Sig.
Sintomas / Problemas	Nada / Um pouco	0,26	11	0,041	0,88	11	0,090
	Moderadamente	0,34	8	0,008	0,81	8	0,038
	Bastante / Imenso	0,26	19	0,001	0,82	19	0,002
Efeitos da doença renal na vida diária	Nada / Um pouco	0,21	11	0,185	0,89	11	0,136
	Moderadamente	0,20	8	0,200*	0,90	8	0,289
	Bastante / Imenso	0,14	19	0,200*	0,93	19	0,162
Peso da doença renal	Nada / Um pouco	0,13	11	0,200*	0,93	11	0,445
	Moderadamente	0,18	8	0,200*	0,92	8	0,452
	Bastante / Imenso	0,12	19	0,200*	0,97	19	0,763
Atividade profissional	Nada / Um pouco	0,28	11	0,018	0,80	11	0,009
	Moderadamente	0,37	8	0,002	0,72	8	0,004
	Bastante / Imenso	0,35	19	0,000	0,72	19	0,000
Função cognitiva	Nada / Um pouco	0,23	11	0,096	0,83	11	0,026
	Moderadamente	0,19	8	0,200*	0,92	8	0,438
	Bastante / Imenso	0,19	19	0,068	0,90	19	0,059
Qualidade da interação social	Nada / Um pouco	0,20	11	0,200*	0,91	11	0,224
	Moderadamente	0,22	8	0,200*	0,86	8	0,123
	Bastante / Imenso	0,15	19	0,200*	0,95	19	0,451
Função sexual	Nada / Um pouco	0,36	11	0,000	0,67	11	0,000
	Moderadamente	0,25	8	0,162	0,85	8	0,090
	Bastante / Imenso	0,35	19	0,000	0,74	19	0,000
Sono	Nada / Um pouco	0,19	11	0,200*	0,89	11	0,134
	Moderadamente	0,17	8	0,200*	0,95	8	0,678
	Bastante / Imenso	0,17	19	0,179	0,92	19	0,115
Apoio social	Nada / Um pouco	0,25	11	0,049	0,79	11	0,007
	Moderadamente	0,36	8	0,003	0,76	8	0,010
	Bastante / Imenso	0,18	19	0,098	0,92	19	0,098
Encorajamento do pessoal da diálise	Nada / Um pouco	0,34	11	0,001	0,76	11	0,003
	Moderadamente	0,44	8	0,000	0,60	8	0,000
	Bastante / Imenso	0,25	19	0,004	0,80	19	0,001
Satisfação do doente	Nada / Um pouco	0,21	11	0,191	0,88	11	0,092
	Moderadamente	0,28	8	0,062	0,81	8	0,036
	Bastante / Imenso	0,30	19	0,000	0,83	19	0,003
Função física	Nada / Um pouco	0,22	11	0,149	0,89	11	0,152
	Moderadamente	0,19	8	0,200*	0,92	8	0,416
	Bastante / Imenso	0,16	19	,200*	0,94	19	0,225
Desempenho físico	Nada / Um pouco	0,16	11	0,200*	0,95	11	0,697
	Moderadamente	0,18	8	0,200*	0,93	8	0,473
	Bastante / Imenso	0,12	19	0,200*	0,97	19	0,817
Dor	Nada / Um pouco	0,18	11	0,200*	0,96	11	0,735

	Moderadamente	0,22	8	0,200*	0,87	8	0,143
	Bastante / Imenso	0,21	19	0,022	0,87	19	0,014
Saúde em geral	Nada / Um pouco	0,16	11	0,200*	0,95	11	0,662
	Moderadamente	0,17	8	0,200*	0,96	8	0,808
	Bastante / Imenso	0,18	19	0,109	0,92	19	0,107
Função emocional	Nada / Um pouco	0,25	11	0,062	0,83	11	0,022
	Moderadamente	0,28	8	0,065	0,89	8	0,235
	Bastante / Imenso	0,14	19	0,200*	0,89	19	0,033
Desempenho emocional	Nada / Um pouco	0,23	11	0,123	0,89	11	0,129
	Moderadamente	0,20	8	0,200*	0,91	8	0,363
	Bastante / Imenso	0,16	19	0,200*	0,92	19	0,118
Função social	Nada / Um pouco	0,25	11	0,061	0,83	11	0,021
	Moderadamente	0,20	8	0,200*	0,88	8	0,174
	Bastante / Imenso	0,20	19	0,050	0,94	19	0,255
Vitalidade	Nada / Um pouco	0,20	11	0,200*	0,89	11	0,140
	Moderadamente	0,20	8	0,200*	0,89	8	0,234
	Bastante / Imenso	0,19	19	0,068	0,90	19	0,055

*. Este é um limite inferior da verdadeira significância.

a. Correção de significância de Lilliefors