



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA TERESA NEIVA BELO

Qualidade de vida em doentes submetidos a Transplante Renal

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE UROLOGIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR ARNALDO JOSÉ CASTRO FIGUEIREDO
DR. JOÃO ANDRÉ MENDES CARVALHO

MARÇO/2017

Qualidade de vida em doentes submetidos a Transplante Renal

Nome completo dos autores:

Ana Teresa Neiva Belo¹

Professor Doutor Arnaldo José Castro Figueiredo^{1,2}

Dr. João André Mendes Carvalho^{1,2}

Afiliação:

1 – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2 – Serviço de Urologia e Transplantação Renal – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Contactos:

teresa.belo@hotmail.com

joão.andre.mendes.carvalho@gmail.com

ajcfigueiredo@gmail.com

ABREVIATURAS

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

IPSS – International Prostate Symptom Score

LUTS – Sintomas do trato urinário inferior (Lower urinary tract symptoms)

QoL – Qualidade de Vida (Quality of Life)

SF-36 v2 – Short-form 36 (versão 2)

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Introdução: A transplantação renal é atualmente a terapêutica de eleição da doença renal crónica terminal. Apesar de não estar extensamente estudada, a melhoria da qualidade de vida é um dos parâmetros pretendidos com esta terapêutica. Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida em doentes submetidos a transplante renal e relacioná-la com aspetos sociodemográficos. Avaliar a relação da qualidade de vida com variáveis sociodemográficas poderá ser útil na criação de estratégias que visem melhorar o impacto do transplante renal na vida do doente.

Materiais e métodos: O estudo englobou 102 doentes submetidos a transplante renal no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Foi realizado um estudo descritivo e transversal através da consulta de processos clínicos e da análise de inquéritos preenchidos na consulta de seguimento após o transplante renal, entre os meses de julho e outubro de 2016. Foram utilizados os questionários “*Short-form 36 versão 2 (SF-36 v2)*”¹ e “*International Prostate Symptom Score (IPSS)*”², tendo este último sido aplicado apenas aos doentes do sexo masculino.

Resultados: No questionário *SF-36 v2*, os resultados obtidos foram os seguintes: função física 69.0 (± 26.6), desempenho físico 59.2 (± 32.1), função emocional 64.8 (± 23.3), desempenho emocional 64.1 (± 31.3), vitalidade 57.8 (± 21.7), função social 71.5 (± 26.9) e dor 69.2 (± 26.1). Mais de 90% (90.4%) dos inquiridos referiu sentir-se “melhor” ou “muito melhor” depois do transplante. No questionário *IPSS*, os sintomas urinários na população masculina foram “leves” em 50%, “moderados” em 37.9% e “severos” em 12.1%.

Conclusão: O maior nível de habilitações literárias e a menor distância ao Centro de transplantação estão associados a maior qualidade de vida nos doentes transplantados da população em estudo.

PALAVRAS-CHAVE

Transplante renal, doença renal crónica, qualidade de vida, *IPSS*, *SF-36 v2*.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, kidney transplantation is the therapy of choice for patients with end-stage renal disease. Improving quality of life is one of the main goals of successful kidney transplantation, although little is known about this subject. The aim of this work is to evaluate the quality of life in kidney transplant recipients and relate it with sociodemographic variables. Evaluating this relation could be helpful to develop strategies in order to improve the impact of kidney transplantation in patients' lives.

Materials and methods: The study included 102 patients who underwent transplantation surgery in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A cross-sectional study has been performed, including analysis of clinical data and questionnaires filled between July and October of 2016 in post-renal transplantation's follow-up appointments. The survey "*Short-form 36 Version 2 (SF-36 v2)*"¹ was used for both male and female patients as the "*International Prostate Symptom Score (IPSS)*"² was used for male patients only.

Results: In *SF-36 v2* the following results were obtained: physical functioning 69.0 (± 26.6), role limitations due to physical health 59.2 (± 32.1), emotional functioning 64.8 (± 23.3), role limitations due to emotional problems 64.1 (± 31.3), vitality 57.8 (± 21.7) social functioning 71.5 (± 26.9) and pain 69.2 (± 26.1). Over 90% (90.4%) of respondents referred feeling "better" or "much better" after transplantation. In *IPSS*, lower urinary tract symptoms (*LUTS*) were "mild" in 50% of male population, "moderate" in 37.9% and "severe" in 12.1%.

Conclusion: Higher academic qualifications and a shorter distance to the transplantation center were associated with greater quality of life in renal-transplant recipients in this study population.

KEYWORDS

Kidney transplantation, chronic kidney disease, quality of life, *IPSS*, *SF-36 v2*.

I. INTRODUÇÃO

A doença renal crónica é um problema de saúde pública à escala global, com uma prevalência estimada de 8 a 16% na população mundial³. A evolução da doença poderá culminar em insuficiência renal crónica terminal que requer terapêutica de substituição renal através de técnicas de diálise ou da transplantação renal⁴.

As repercussões mais evidentes da doença renal avançada na sociedade são o elevado custo nos cuidados de saúde e a perda de produtividade⁴. A insuficiência renal terminal afeta diversos domínios da saúde: físico e psicossocial, o que se reflete na qualidade de vida (*QoL*).

A transplantação renal bem-sucedida está associada a uma melhor sobrevivência, melhor qualidade de vida e a uma melhor relação custo-benefício quando comparada com a diálise⁵⁻⁸. Aferir a qualidade de vida é, portanto, uma forma de avaliar os cuidados de saúde prestados⁹.

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos doentes submetidos a transplante renal no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e identificar variáveis que a possam influenciar. Isto poderá ser útil no desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria dos cuidados de saúde.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Desenho do estudo

Foram analisados os dados relativos a 124 doentes que frequentaram a consulta de seguimento após a cirurgia de transplante renal no período de julho a outubro de 2016 no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC.

Os doentes foram selecionados aleatoriamente e foi-lhes pedido que preenchessem um inquérito constituído pelos questionários “*Short Form-36 V2*”(SF-36 v2)^{1,10,11} e, no caso de indivíduos do sexo masculino, o “*International Prostatic Symptom Score*”(IPSS)¹²⁻¹⁴, ambos validados para a população portuguesa. Foi preenchido também um questionário sociodemográfico elaborado especificamente para o efeito.

Foram consultados os processos clínicos para obter dados relativos à doença renal de base (etiologia, data do transplante, tipo de dador, início da terapêutica de substituição renal) e estado clínico global (peso, creatinina, hemoglobina).

Foi critério de exclusão ter sido submetido a mais do que um transplante renal (6 doentes). Excluíram-se, ainda, 16 doentes cujas respostas foram inválidas (Figura 1).

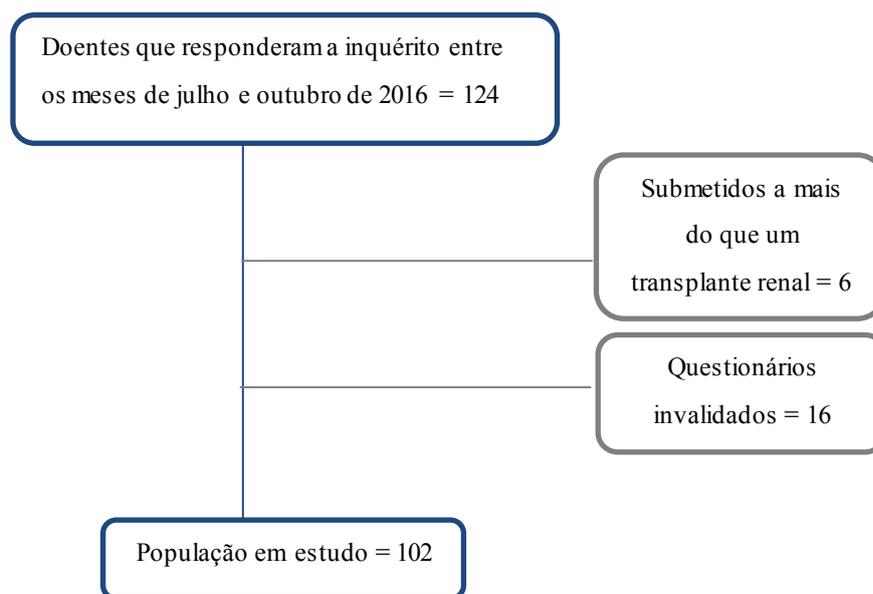


Figura 1 – Critérios de exclusão e População em Estudo.

Foram obtidos consentimentos informados de todos os doentes para a participação no estudo.

2. Métodos

O questionário *SF-36 v2* é um questionário composto por 36 questões que avaliam a qualidade de vida, podendo ser agrupadas em 8 domínios: função física, desempenho físico, função emocional, desempenho emocional, vitalidade, função social, dor e saúde geral. O questionário *IPSS* quantifica a intensidade de sintomas prostáticos.

A pergunta 2 do questionário “*Short-Form 36*” original (“Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual?”) foi adaptada para o propósito deste trabalho e alterada para: “Comparando com o que acontecia antes do transplante, como descreve o seu estado geral atual?”.

O questionário *SF-36 v2* foi analisado utilizando o método “*RAND-36 item Health Survey*”^{15,16} adaptado e as questões pontuadas de 0 a 100 (uma pontuação mais elevada corresponde sempre um melhor estado de saúde).

Para quantificar a intensidade da sintomatologia do trato urinário inferior (*LUTS*) na população masculina, foi utilizado o *IPSS*, no qual, as primeiras 7 questões são pontuadas de 0 a 5 e posteriormente categorizadas num resultado qualitativo: “sintomas leves”, “sintomas moderados” ou “sintomas severos”. A última questão (que avalia a qualidade de vida em função dos sintomas urinários) é pontuada de 0 a 7 (neste questionário, uma maior pontuação corresponde a uma maior intensidade de sintomas urinários, isto é, a um pior estado de saúde).

A análise estatística foi realizada recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 23 para *Windows 10*. Foram efetuados procedimentos de estatística descritiva e inferencial na análise dos dados resultantes do preenchimento dos questionários. Foram utilizados os seguintes testes paramétricos: *r de Pearson*, *ANOVA* e *teste T*, de modo a aferir correlações, relação entre variáveis e diferenças entre médias de grupos independentes. Foram determinados os índices de consistência interna (*alpha de Chronbach*) para proceder ao agrupamento de questões.

O nível de significância estatística foi de $p=0,05$.

3. Descrição da amostra

Foram incluídos no estudo 102 doentes submetidos a transplante renal, dos quais 66 eram indivíduos do sexo masculino e 36 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 e os 73 anos (idade média de 50 anos \pm 12.5 anos).

A maioria dos doentes inquiridos frequentou o ensino secundário (46.1%, o que corresponde a 47 doentes), 20.6% (21 doentes) apenas o ensino primário, 18.6% (19 doentes) o ensino básico e 14.7% (15 doentes) concluíram o ensino superior (Tabela 1). O rendimento mensal

era, na maioria dos casos, inferior a €970.00 (78.4%, 80 doentes). Verificou-se em 40.2%, (41 inquiridos) um rendimento mensal entre os €485 e os €970 (Figura 2).

Tabela 1 – Habilitações literárias.

	Frequência	Percentagem
Ensino primário	21	20.6
Ensino Básico	19	18.6
Ensino secundário	47	46.1
Ensino superior	15	14.7
Total	102	100

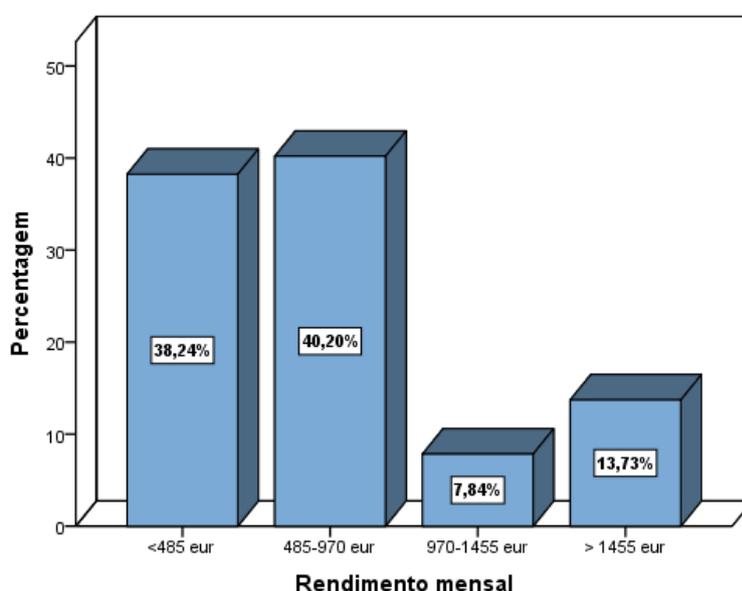


Figura 2 – Rendimento mensal.

Acerca da situação profissional antes e após o transplante, verificou-se que houve uma redução do número de indivíduos que estavam empregados a tempo inteiro (de 48% para 40.2%) e a tempo parcial (de 5.9% para 2%). A percentagem de indivíduos desempregados aumentou ligeiramente (de 9.8% para 11.8%).

Apurou-se ainda um aumento da percentagem de reformados (de 26.5% para 44.1%) e uma diminuição da percentagem de estudantes (de 9.8% para 2%), alterações que poder-se-ão dever à idade (Figura 3).

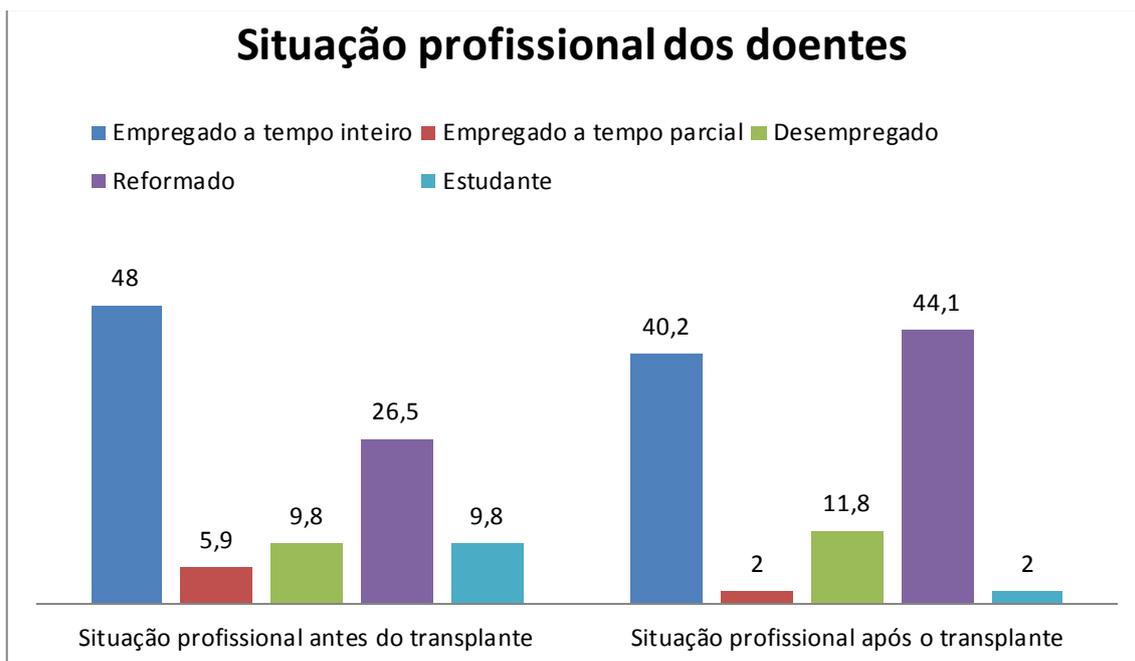


Figura 3 – Situação profissional da amostra em estudo – antes versus depois do transplante.

Por sua vez, a maioria dos agregados familiares, 96.08% (97 dos inquiridos), era constituída por 1 a 4 elementos, sendo a maioria dos indivíduos, 66.7% (68 doentes), casados ou em união de facto, seguida por 22 doentes (21.6%) solteiros e 2 viúvos (2%) (Figuras 4 e 5).



Figura 4 – Constituição do agregado familiar.

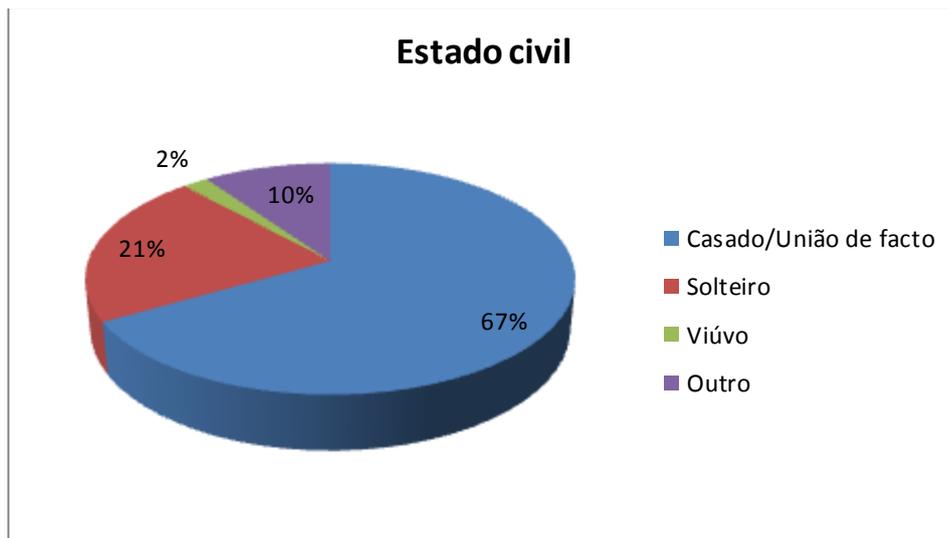


Figura 5 – Estado civil.

Relativamente ao tempo médio de deslocação ao hospital, apenas 39.2% (40 doentes) demoravam menos de 1 hora, sendo que a maioria necessitava de mais tempo (Figura 6). Constatou-se, além disso, que a maioria dos doentes inquiridos, 41.2% (42) residia em cidades, 37.3% (38) em aldeias, com uma minoria a residir em vilas (21.6%). (Figura 7).

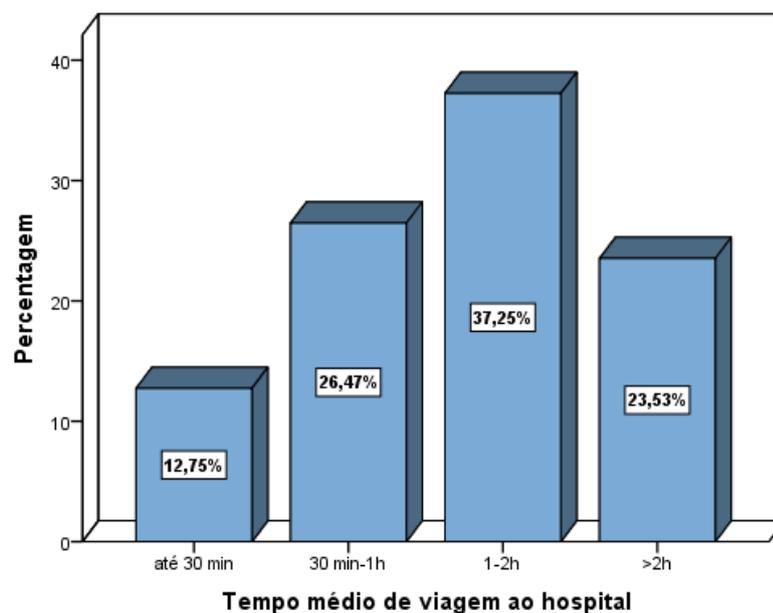


Figura 6 – Tempo médio de viagem ao hospital.



Figura 7 – Residência.

No que respeita a hábitos tabágicos, apenas cerca de 7.8% (8 doentes) referiam fumar à data do inquérito, sendo que 36.3% (37 doentes) referiam hábitos tabágicos no passado e 55.9% (57 doentes) nunca tinham fumado (Figura 8). Relativamente à prática de atividade física regular, 23% dos doentes inquiridos declararam não praticar regularmente qualquer exercício, sendo que a maioria praticava exercício físico pelo menos uma a duas vezes por semana (Figura 9).

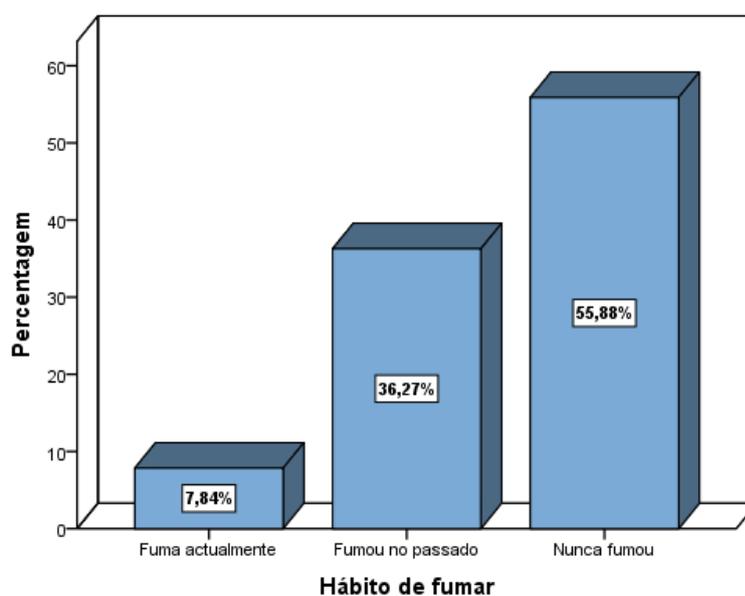


Figura 8 – Hábito de fumar.

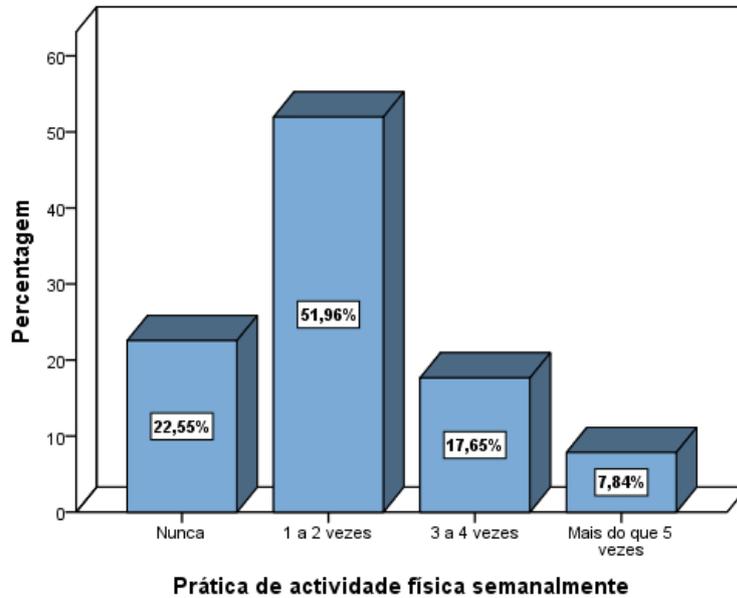


Figura 9 – Prática de exercício físico.

No que se refere à etiologia presumida da doença renal na população em estudo, o mais frequente era ser indeterminada: 33.3% (34 doentes). Entre outras etiologias encontraram-se a nefropatia IgA em 8.8% (9 doentes), a nefroangioesclerose hipertensiva 7.8% (8 doentes) e a doença renal poliquística 7.8% (8 doentes), a nefropatia diabética 3.9% (4 doentes), a glomeruloesclerose segmentar focal 3.9% (4 doentes) e a pielonefrite crónica 3.9% (4 doentes) (Tabela 2).

Tabela 2 – Etiologia da doença renal.

Etiologia da doença renal	Frequência	Percentagem (%)
Indeterminada	34	33.3
Nefropatia IgA	9	8.8
Nefroangioesclerose hipertensiva	8	7.8
Doença Renal Poliquística	8	7.8
Nefropatia diabética	4	3.9
Glomeruloesclerose segmentar focal	4	3.9
Pielonefrite crónica	4	3.9
Pielonefrite litiásica	3	2.9
Glomerulonefrite crónica	3	2.9
Nefropatia lúpica	3	2.9
Mal-formações congénitas	3	2.9
Nefropatia de refluxo	2	2.0
Síndrome de Alport	2	2.0
Nefropatia membranosa	2	2.0
Vasculite ANCA	1	1.0
Nefrotoxicidade ao platinum	1	1.0
Nefrite Intersticial Crónica	1	1.0
Nefropatia por analgésicos	1	1.0
Tuberculose renal	1	1.0
Síndrome Nefrítica Crónica	1	1.0
Total	95	93.1

Os doentes foram submetidos a transplante com uma idade média de 44 ± 13 anos. A idade mínima aquando do transplante foi de 15 anos e a máxima de 71 anos. A maioria dos doentes (75%) foi transplantada antes dos 54 anos.

No que diz respeito ao tempo em diálise antes do transplante (hemodiálise ou diálise peritoneal), a média de tempo foi de 39.3 meses ± 25.9 meses. Dois doentes não fizeram diálise prévia ao transplante e um doente esteve 11 anos (132 meses) em diálise.

Quanto ao tipo de dador, 87.3% (89 doentes) receberam um transplante de dador cadáver e cerca de 12.7% (13 doentes) de dador vivo (Figura 10).



Figura 10 – Tipo de dador.

Na amostra em estudo, a prevalência de Hipertensão Arterial e de Diabetes *Mellitus* era de 64.7% (68 doentes) e de 18.6 % (19 doentes), respetivamente (Figuras 11 e 12).

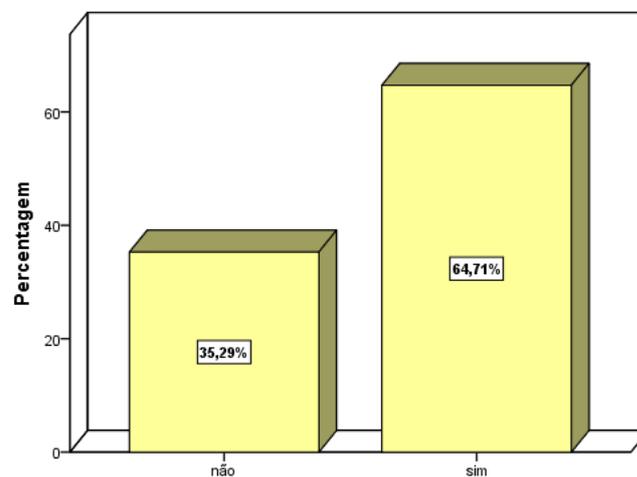


Figura 11 – Prevalência atual de hipertensão arterial.

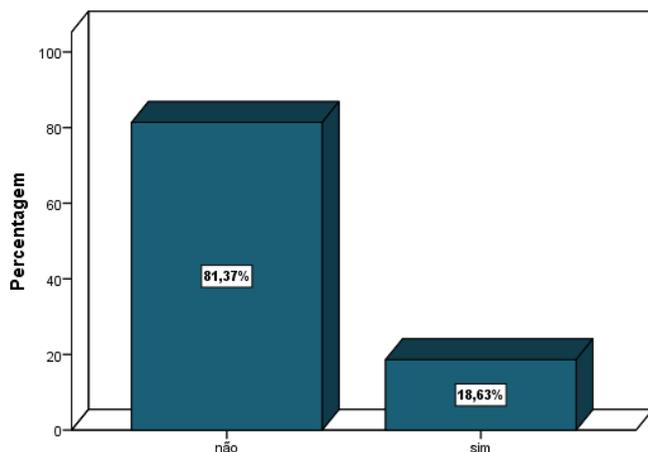


Figura 12 – Prevalência atual de Diabetes *Mellitus*.

Sobre a terapêutica imunossupressora atual, os fármacos mais utilizados eram o tacrolimus 65.7% (67 doentes), o micofenolato de mofetil 67.6% (69 doentes) e a prednisolona 67.6% (69 doentes) (Figura 13).

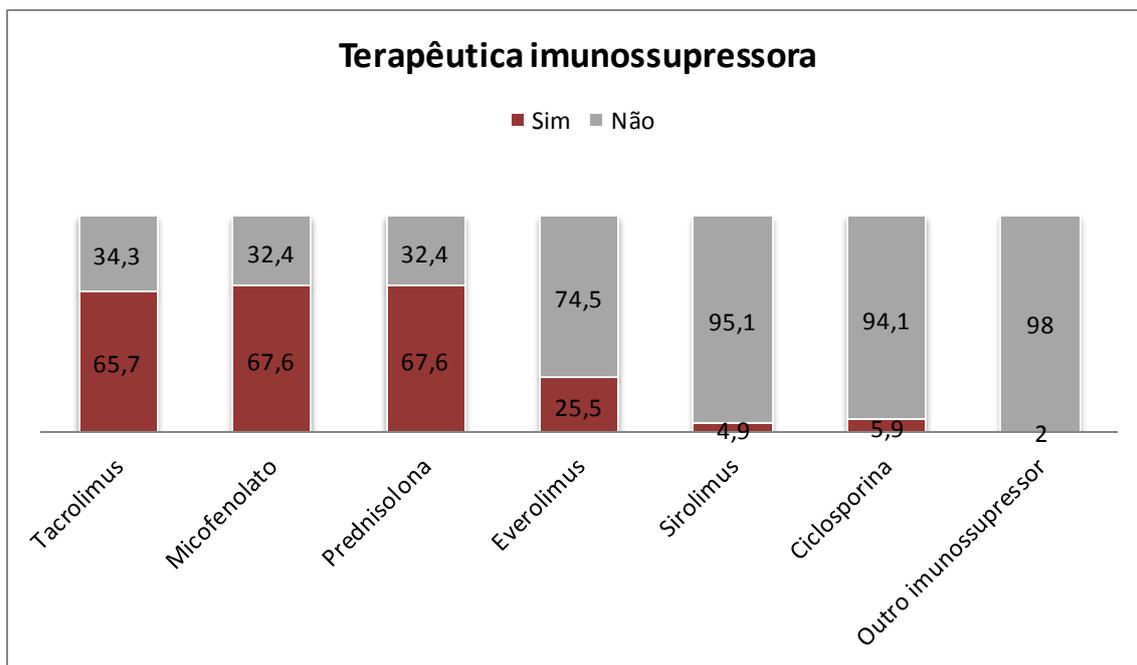


Figura 13 – Terapêutica imunossupressora atual.

III. RESULTADOS

Questionário *SF-36 v2*

Os resultados do questionário global do estado de saúde (*SF-36 v2*), bem como os índices de consistência interna (*alpha de Chronbach*) são apresentados na tabela seguinte (Tabela 3). Apresentam-se também os resultados da questão “Comparando com o que acontecia antes do transplante, como descreve o seu estado geral actual” (Figura 14).

Tabela 3 – Resultados do questionário *SF-36 v2*.

Número	Escala	Ítems	Alpha de Chronbach	Média	Desvio padrão
1	Função física	10	0.918	69.04	26.60
2	Desempenho físico	4	0.948	59.19	32.07
3	Função emocional	5	0.854	64.84	23.31
4	Desempenho emocional	3	0.910	64.13	31.31
5	Vitalidade	4	0.782	57.84	21.73
6	Função social	2	0.79	71.45	26.87
7	Dor	2	0.884	69.22	26.10
8	Saúde Geral	6	0.741	52.69	16.91
9	<i>SF-36 v2</i> Global	8	0.896	63.55	19.82



Figura 14 – Resultados da questão 2 do questionário *SF-36 v2*.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados das correlações entre as variáveis “Idade”, “Habilitações literárias”, “Tempo médio de viagem ao hospital”, “Rendimento mensal” e “Prática de atividade física” e os diferentes domínios do questionário de qualidade de vida (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlações - questionário SF-36 v2.

		Idade	Habilitações literárias	Tempo médio de viagem ao hospital	Rendimento mensal	Prática de atividade física semanalmente
Função física	<i>Correlação Pearson</i>	-.287	.367	-.181	.181	.061
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.003	.000	.069	.068	.543
Desempenho físico	<i>Correlação Pearson</i>	-.293	.292	-.188	.236	.006
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.003	.003	.059	.017	.949
Função emocional	<i>Correlação Pearson</i>	-.095	.211	-.197	.223	.323
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.345	.033	.047	.024	.001
Desempenho emocional	<i>Correlação Pearson</i>	-.276	.347	-.171	.227	.123
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.005	.000	.086	.022	.218
Vitalidade	<i>Correlação Pearson</i>	-.168	.243	-.263	.191	.244
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.091	.014	.007	.054	.014
Função Social	<i>Correlação Pearson</i>	-.211	.201	-.248	.119	.241
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.033	.042	.012	.232	.015
Dor	<i>Correlação Pearson</i>	-.247	.163	-.223	.197	.239
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.012	.102	.024	.047	.016
Saúde em geral	<i>Correlação Pearson</i>	-.244	.188	-.074	.118	.191
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.013	.058	.462	.236	.055
SF-36 v2 global	<i>Correlação Pearson</i>	-.301	.335	-.254	.247	.217
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.002	.001	.010	.012	.028

Correlação significativa ao nível de 0.05 (2-tailed). 

Correlação significativa ao nível de 0.01 (2-tailed). 

Verificou-se que existe uma correlação inversa estatisticamente significativa entre a “idade” e as variáveis “função física”, “desempenho físico”, “desempenho emocional” “*SF-36 v2 global*” ($p<0.01$) e “função social”, “dor” e “saúde em geral” ($p<0.05$).

As habilitações literárias correlacionaram-se positivamente com “função física”, “desempenho físico”, “desempenho emocional”, “*SF-36 v2 global*” ($p<0.01$) e com “função emocional”, “vitalidade” e “função social” ($p<0.05$).

Relativamente à variável “tempo médio de viagem ao hospital”, verificou-se uma correlação inversa estatisticamente significativa com “vitalidade” ($p<0.01$) e “função emocional”, “função social”, “dor”, “*SF-36 v2 global*” ($p<0.05$).

Observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre “rendimento mensal” e “desempenho físico”, “função emocional”, “desempenho emocional” e “dor” ($p<0.05$).

Por fim, a “prática de atividade física semanalmente” correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com “função emocional” ($p<0.01$) e “vitalidade”, “função social” “dor”, “*SF-36 v2 global*” ($p<0.05$).

Realizou-se um teste T para comparar as médias do questionário de qualidade de vida entre homens e mulheres, que mostrou não haver diferença estatisticamente significativa entre géneros (sexo masculino: 64.61 ± 19.94 , sexo feminino: 61.61 ± 19.73 e $p=0.47$).

Foi realizado um teste ANOVA para testar se existia relação entre a qualidade de vida e o nível de habilitações literárias. Os resultados encontram-se na tabela seguinte (Tabela 5)

Tabela 5 – Teste ANOVA habilitações literárias e QoL

Habilitações literárias	Ensino primário	Ensino Básico	Ensino secundário	Ensino superior	Teste F
Função física	49.76	70.13	73.4	81.0	0.001
Desempenho físico	47.61	51.64	61.04	79.17	0.018
Função emocional	57.14	65.26	64.45	76.33	0.112
Desempenho emocional	49.2	59.21	65.25	87.78	0.002
Vitalidade	48.81	59.21	57.71	69.17	0.048
Função social	60.12	75.66	71.81	80.83	0.108
Dor	66.67	61.45	69.95	80.33	0.201
Saúde em geral	46.82	51.32	54.96	55.56	0.271
SF-36 v2 global	53.27	61.74	64.82	76.27	0.005

As habilitações literárias associaram-se a níveis superiores nos parâmetros “função física”, “desempenho emocional”, “SF-36 v2 global” ($p < 0.01$), “desempenho físico”, e “vitalidade” ($p < 0.05$).

No que respeita ao estado civil, não se verificaram diferenças significativas nos diferentes grupos.

Relativamente à área de residência, foram encontradas diferenças significativas nos parâmetros “função emocional” e “SF-36 v2 global” (Tabela 6).

Tabela 6 – Teste ANOVA - área de residência.

Área de Residência	Aldeia	Vila	Cidade	Teste F
Função emocional	66.29	52.95	69.76	0.019
SF-36 v2 global	64.81	54.37	67.22	0.041

Os resultados foram superiores para os indivíduos residentes em cidades ($p < 0.05$).

Verificou-se uma relação inversa entre a “tempo médio de viagem ao hospital” e a “vitalidade” (Tabela 7).

Tabela 7 – Teste ANOVA – tempo médio de viagem ao hospital.

Tempo médio de viagem ao hospital	Até 30 min	30 min–1h	1– 2h	Superior a 2 h	Teste F
Vitalidade	68.27	66.67	59.21	47.92	0.037

No que respeita aos rendimentos, verificou-se que rendimentos superiores parecem corresponder a uma melhor pontuação no questionário de qualidade de vida. Contudo, esta tendência não foi estatisticamente significativa.

A situação profissional após o transplante correlacionou-se fortemente ($p < 0.01$) com as pontuações obtidas no questionário de qualidade de vida. Os grupos “estudante” “trabalhador a tempo inteiro” e “trabalhador a tempo parcial” obtiveram resultados superiores aos dos grupos “desempregados” e “reformados”.

Verificou-se que os doentes que negam quaisquer hábitos tabágicos apresentam uma melhor pontuação média no domínio da função física. Por outro lado, os doentes que atualmente fumam tiveram pior pontuação (Figura 15). Contudo, esta relação não foi estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

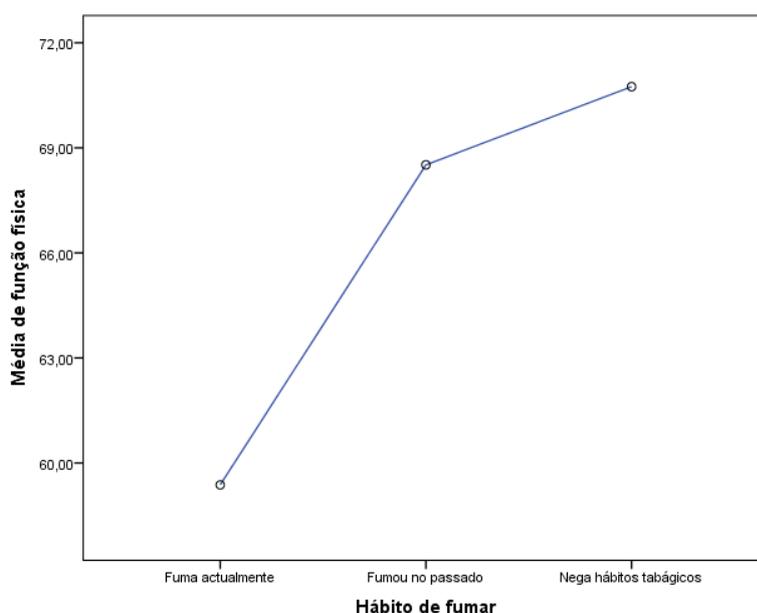


Figura 15 – Relação entre função física e hábito de fumar.

Existiu uma tendência para indivíduos transplantados de doadores vivos terem resultados superiores no *SF-36 v2*, quando comparados com doadores cadáveres (Tabela 8). Porém, apenas 13 dos indivíduos inquiridos receberam um enxerto de doador vivo, portanto esta diferença não se revelou ser estatisticamente significativa.

Tabela 8 - Relação entre resultados *SF-36 v2* e tipo de doador

Tipo de doador	Vivo	Cadáver
Função física	81.54	67.22
Desempenho físico	67.79	59.94
Função emocional	69.23	64.20
Desempenho emocional	78.21	72.08
Vitalidade	60.10	57.51
Função Social	78.85	70.37
Dor	86.15	66.74
SF-36 v2 global	72.36	62.26

Questionário *IPSS*

Na tabela seguinte (Tabela 9) encontram-se os resultados relativos ao questionário *IPSS*, bem como o índice de consistência interna das questões agrupadas (as questões agrupadas determinam a “intensidade dos sintomas urinários”).

Tabela 9- Resultados do questionário *IPSS*

Número	Escala	Ítems	Alpha de Chronbach	Média	Desvio padrão
1	<i>IPSS_ Intensidade dos sintomas urinários</i>	7	0.849	1.62	0.69
2	Qualidade de vida em função dos sintomas urinários	1	---	1.59	1.44

A “intensidade dos sintomas urinários” e a “qualidade de vida em função dos sintomas urinários” da população masculina em estudo estão representadas nos gráficos seguintes (Figuras 15 e 16).

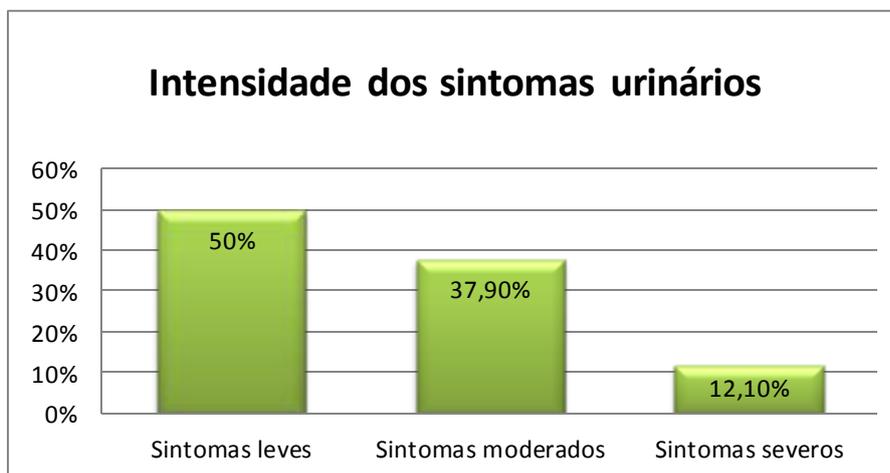


Figura 15 – Intensidade dos sintomas urinários.



Figura 16 – QoL em função dos sintomas urinários.

Na tabela seguinte (Tabela 10) apresentam-se os resultados das correlações entre as variáveis “Idade”, “Habilitações literárias”, “Tempo médio de viagem ao hospital”, “Rendimento mensal” e “Prática de atividade física” e os diferentes domínios do questionário *IPSS* (um valor mais elevado no parâmetro *QoL* corresponde a um pior estado de saúde).

Tabela 10 – Correlações- questionário IPSS.

		<i>Idade</i>	<i>Habilitações literárias</i>	<i>Tempo médio de viagem ao hospital</i>	<i>Rendimento mensal</i>	<i>Prática de atividade física semanalmente</i>
<i>Intensidade dos sintomas urinários</i>	<i>Correlação Pearson</i>	.214	-.350	.057	-.329	-.158
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.085	.004	.652	.007	.205
<i>QoL em função dos sintomas urinários</i>	<i>Correlação Pearson</i>	.316	-.254	.236	-.213	-.309
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.010	.040	.056	.086	.012

Correlação significativa ao nível de 0.05 (2-tailed) 

Correlação significativa ao nível de 0.01 (2-tailed) 

Verificou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a “idade” e a variável “QoL em função dos sintomas urinários” ($p < 0.05$).

Relativamente à variável “habilitações literárias”, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com “intensidade dos sintomas urinários” ($p < 0.01$) e “QoL em função dos sintomas urinários”.

A variável “rendimento mensal” relacionou-se significativamente ($p < 0.01$) com a intensidade dos sintomas urinários (para um rendimento mensal superior, menor a intensidade dos sintomas urinários).

A “prática de atividade física” correlacionou-se ainda negativamente com a “QoL em função dos sintomas urinários” ($p < 0.05$).

Foi feito um teste ANOVA (Tabela 11) para verificar se os resultados do questionário IPSS variavam consoante as habilitações literárias. Os resultados apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela 11 – Teste ANOVA: habilitações literárias e IPSS

Habilitações literárias	Ensino primário	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	Teste F
Intensidade dos sintomas urinários	2.0	1.69	1.48	1.3	0.04
QoL em função dos sintomas urinários	2.0	1.85	1.52	0.8	0.186

Realizaram-se ainda testes *ANOVA* para avaliar se a intensidade dos sintomas urinários e a *QoL* em função dos sintomas urinários se relacionavam com “estado civil”, “área de residência”, “tempo médio de viagem ao hospital” e “fumar”, não se tendo demonstrado relação estatisticamente significativa.

IV. DISCUSSÃO

É aceite que a qualidade de vida melhora significativamente após a transplantação renal⁵. Este estudo procurou identificar alguns aspetos sociodemográficos associados a uma melhor qualidade de vida, passíveis de intervenção.

Na população em estudo, uma pequena minoria dos doentes, considera o seu estado geral de saúde “aproximadamente igual” (4%) ou pior (4%). Isto poderá dever-se às complicações inerentes à transplantação, mas também a expectativas irrealistas por parte dos doentes no que respeita à vida após o transplante. Assim, alguns pacientes poderiam beneficiar de um programa educacional por parte dos profissionais de saúde no sentido de uma melhor compreensão das implicações desta terapêutica.¹⁷

No questionário *SF-36 v2*, quando avaliado o parâmetro “Saúde geral” (pontuação média de 52.69), o resultado foi diferente de quando foram avaliados todos os parâmetros do questionário de estado de saúde e resumidos na variável “*SF-36 v2* global” (63.55). Esta incongruência poderá dever-se ao facto de a perceção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde ser diferente do seu estado real.

É discutível a utilização do questionário *IPSS*, em doentes transplantados renais, uma vez que esta população pode ser considerada diferente dos pacientes com *LUTS* e não há questionários validados especificamente para o efeito. Ainda assim, 12.10% dos indivíduos do sexo masculino da população em estudo registaram “sintomas severos”. Contudo, as anomalias urodinâmicas poderiam estar implicadas na causa da doença renal de início. Além disso, a presença de *LUTS* severos aumenta o risco de infeções e, por isso, poderá afetar a funcionalidade do enxerto renal¹³.

Indivíduos com idades mais avançadas obtiveram piores resultados nos domínios “função física”, “desempenho físico”, “desempenho emocional”, “função social”, “dor” e “saúde em

geral” e “*SF-36 v2 global*”. Não obstante, parece ser discutível a influência da idade na *QoL* após transplante renal ¹⁸⁻²⁰. Estes indivíduos também obtiveram piores resultados na questão relacionada com a qualidade de vida em função dos sintomas urinários, o que era expectável, uma vez que é reconhecido que a idade é um fator de risco para sintomas do trato urinário inferior.

Indivíduos com grau superior de habilitações literárias obtiveram melhores desempenhos na maioria das variáveis do *SF-36 v2* (com exceção do parâmetro “dor”) e ainda melhores resultados no *IPSS*, o que seria previsível, uma vez que estudos anteriores identificaram o nível de instrução como sendo um preditor da qualidade de vida ^{21,22}.

Relativamente à distância ao hospital, quanto maior o “tempo médio de deslocação ao hospital”, piores foram os níveis de “vitalidade”, “função emocional”, “função social” e “dor”- o que poderá implicar que uma maior distância ao hospital esteja associada a uma pior qualidade de vida, em razão de uma presumível dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. Além disso, os indivíduos residentes em cidades (onde presumivelmente o acesso a cuidados de saúde é maior) obtiveram pontuações superiores na variável “*SF-36 v2 global*.” Isso sugere que esforços no sentido de aproximar os cuidados de seguimento às populações poderão acarretar melhoria da qualidade de vida, desde que se mantenha a qualidade assistencial.

A situação profissional após o transplante correlacionou-se fortemente com as pontuações obtidas no questionário de qualidade de vida, o que vem de encontro a estudos anteriores que apontam a “empregabilidade” como um fator preditor da “qualidade de vida” ^{22,23}.

Verificou-se existir uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a “prática de atividade física” e as médias do questionário qualidade de vida. Estudos pré-existent defendem o exercício físico como um fator com impacto positivo na qualidade de vida em pós-transplantados e, como tal, deve ser encorajado ^{24,25}.

V.CONCLUSÃO

Os aspetos técnicos da cirurgia de transplante renal e a adequação da terapêutica imunossupressora e médica em geral são importantes. Contudo, não se deve descurar de outras variáveis. Neste estudo, foi comprovado que um maior nível de habilitações literárias e uma menor distância à instituição hospitalar são variáveis que se associam a uma melhor qualidade de vida.

Estudos adicionais com um maior número de doentes serão necessários com o objetivo de deslindar outros fatores que possam interferir na qualidade de vida do doente após o transplante renal. Esta é uma área pouco estudada¹¹ e na qual se deve investir para criar as melhores condições possíveis para, em última análise, otimizar a sobrevivência do enxerto renal.

VI. AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Arnaldo Figueiredo, por ter sido o impulsionador desta tese de mestrado, por ter tornado possível o seu desenvolvimento no Serviço de Urologia e Transplantação Renal e pelos conselhos e esclarecimentos imprescindíveis à realização da mesma.

Ao Dr. João Carvalho, meu coorientador, pelo entusiasmo, dedicação, sugestões ao longo de todo o trabalho e disponibilidade incansável.

Um especial agradecimento aos 124 doentes, que aceitaram participar neste estudo e responder aos questionários - este trabalho é, afinal, sobre eles e para eles.

À D. Edite e à D. Ana Paula, funcionárias da secretaria do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do *CHUC*, que se disponibilizaram para distribuir os inquéritos, sem os quais este trabalho não seria concretizável.

Ao Arménio, pelos esclarecimentos no desenvolvimento da análise estatística e por todos os conselhos ao longo do meu percurso.

À minha mãe, por todas as oportunidades que me tem dado e pelo apoio incondicional. Ao meu irmão, por estar sempre presente, e a todos os meus amigos e amigas pelo companheirismo de sempre.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Ferreira PL, Noronha Ferreira L, Nobre Pereira L. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2012;30(2):163–171.
2. George M. Abordagem Terapêutica Farmacológica da Hipertrofia Benigna da Próstata. 2011:1–17.
3. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, Saran R, Wang AY-M, Yang C-W. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet (London, England)*. 2013;382(9888):260–72.
4. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney international*. 2011;80(12):1258–70.
5. M. Tonelli; N. Wiebe; G. Knoll; A. Bello; S. Browne; D. Jadhav; S. Klarenbach; J. Gill. Kidney Transplantation vs Dialysis in Clinical Outcomes. *American Journal of Transplantation*. 2011:2093–2109.
6. Ozcan H, Yucel A, Avşar UZ, Cankaya E, Yucel N, Gözübüyük H, Eren F, Keles M, Aydınlı B. Kidney Transplantation Is Superior to Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in Terms of Cognitive Function, Anxiety, and Depression Symptoms in Chronic Kidney Disease. *Transplantation Proceedings*. 2015;47(5):1348–1351.
7. Lim HJ, Koo TY, Lee J, Huh KH, Park JB, Cho J, Lee S, Ro H, Han S, Park B, Park S, Chung W, Park SK, Kim C, Kim SJ, et al. Health-Related Quality of Life of Kidney Transplantation Patients: Results from the KoreaN Cohort Study for Outcome in Patients With Kidney Transplantation (KNOW-KT) Study. *Transplantation*

- Proceedings*. 2016;48(3):844–847.
8. Kasper, Dennis Fauci, Anthony Hauser, Stephen Longo, Dan Jameson JL, Loscalzo J. *Medicina Interna de Harrison*. In: Hill M, ed. 19th ed.; 2017.
 9. Romero M, Vivas-Consuelo D, Alvis-Guzman N. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? *SpringerPlus*. 2013;2(1):664.
 10. Ferreira P. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crónicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010;28(1):31–40.
 11. Pinto C, Ribeiro JL. A qualidade de vida de jovens / adultos submetidos a transplante renal na infância. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2000;18(1):11–19.
 12. Figueiredo A, Carlos JS, Príncipe P, Correia R, Lopes T. *Avaliação e seguimento do doente com HBP*.; 2014.
 13. Mitsui T, Shimoda N, Morita K, Tanaka H, Moriya K, Nonomura K. Lower urinary tract symptoms and their impact on quality of life after successful renal transplantation. *International journal of urology: official journal of the Japanese Urological Association*. 2009;16(4):388–92.
 14. George FHM. Abordagem Terapêutica Farmacológica da Hipertrofia Benigna da Próstata. *Norma da Direção-Geral da Saúde*. 2011:1–17.
 15. Instructions S, Short I, Survey F. 36-Item Short Form Survey Scoring Instructions RAND. 2012:3–5.
 16. Anon. Terms and Conditions for Using the 36-Item Short Form Survey (SF-36) RAND.

17. Crawford K, Low JK, Manias E, Williams A. Healthcare professionals can assist patients with managing post-kidney transplant expectations. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2016.
18. Weber M, Faravardeh A, Jackson S, Berglund D, Spong R, Matas AJ, Gross CR, Ibrahim HN. Quality of Life in Elderly Kidney Transplant Recipients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(10):1877–1882.
19. Chisholm MA, Spivey CA, Nus A Van. Influence of economic and demographic factors on quality of life in renal transplant recipients. *Clinical transplantation*. 2007;21(2):285–93.
20. Mendonça AEO de, Torres G de V, Salvetti M de G, Alchieri JC, Costa IKF, Mendonça AEO de, Torres G de V, Salvetti M de G, Alchieri JC, Costa IKF. Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014;27(3):287–292.
21. Alkatheri A, Al Bekairy A, Aburuz S, Qandil A, Khalidi N, Abdullah K, Al Sayyari S, Bustami R, Al Harbi S, Al Raddadi S, Al Thiab K, Bin Saleh K, Al Shaya A. Exploring quality of life among renal and liver transplant recipients. *Annals of Saudi medicine*. 35(5):368–76.
22. Cader RA, Mohd R, Gafor HA, Mamat R, Arrifin N. Predictors of quality of life in renal transpl. Cader RA, Mohd R, Gafor HA, Mamat R, Arrifin N. Predictors of quality of life in renal transplant recipients. *Kuwait Medical Journal*. 2013;45(4):324–328.
23. Gentile S, Beauger D, Speyer E, Jouve E, Dussol B, Jacquelinet C, Briançon S. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a

- national survey in France. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11(1):88.
24. Riess KJ, Haykowsky M, Lawrance R, Tomczak CR, Welsh R, Lewanczuk R, Tymchak W, Haennel RG, Gourishankar S. Exercise training improves aerobic capacity, muscle strength, and quality of life in renal transplant recipients. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2014;39(5):566–571.
 25. Raymond J, Johnson ST, Diehl-Jones W, Vallance JK. Walking, Sedentary Time and Health-Related Quality Life Among Kidney Transplant Recipients: An Exploratory Study. *Transplantation Proceedings*. 2016;48(1):59–64.

VII. ANEXOS

1. Inquérito

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade _____

2. Sexo

Masculino

Feminino

3. Habilitações literárias

Não sabe ler
nem escrever

Ensino
primário

Ensino
básico

Ensino
secundário

Ensino
superior

4. Estado civil

Casado/ união de facto

Solteiro

Viúvo

Outro

5. Residência

Aldeia

Vila

Cidade

6. Tempo médio de viagem ao hospital

Até 30 min

30 min-1h

1-2h

>2h

7. Rendimento mensal

<485 €

485-970€

970-1455€

1455-1490€

>1490€

8. Agregado familiar (número de elementos)

1 a 3

4 ou mais

9. Situação profissional antes do transplante

Empregado
tempo inteiro

Empregado
tempo parcial

Desempregado

Reformado

Estudante

10. Situação profissional após o transplante

Empregado
tempo inteiro

Empregado
tempo parcial

Desempregado

Reformado

Estudante

11. Prática atividade física (semanalmente)

Nunca

1 a 2 vezes

3 a 4 vezes

Mais do que 5 vezes

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia antes do transplante, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?
(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas.....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km.....	1	2	3
h. Andas várias centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades 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 quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

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?					
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso	
1	2	3	4	5	

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?					
Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

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)?					
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso	
1	2	3	4	5	

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?.....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5

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

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima.....	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO IPSS

	Nenhuma	Menos de 1 vez em cada 5	Menos de metade das vezes	Metade das vezes	Mais de metade das vezes	Quase sempre	
1- No último mês, quantas vezes, em média, você teve a sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga depois de terminar de urinar?							
2- No último mês quantas vezes, em média, você teve que urinar de novo menos de 2 horas depois de terminar de urinar?							
3- No último mês, quantas vezes, em média, você notou que parava e recomeçava várias vezes enquanto urinava?							
4- No último mês, quantas vezes, em média, você notou que foi difícil conter a vontade de urinar?							
5- No último mês, quantas vezes, em média, você notou que o jato urinário estava fraco?							
6- No último mês, quantas vezes, em média, você teve que fazer força para começar a urinar?							
	Nenhuma vez	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes ou mais	
7- No último mês, quantas vezes, em média, você teve que se levantar em cada noite para urinar							
QUALIDADE DE VIDA (QoL) EM FUNÇÃO DOS SINTOMAS URINÁRIOS							
	Ótimo	Muito bem	Satisfeito	Mais ou menos	Insatisfeito	Mal	Péssimo
8- Se você tivesse que passar a sua vida urinando como está agora, como é que você se sentiria?							

2. Consentimento informado

No âmbito de tese de Mestrado em Medicina pretende-se efetuar um estudo para avaliar o impacto do transplante renal na qualidade de vida dos doentes.

Para tal, é solicitado aos doentes que frequentam a consulta de seguimento após transplante, no período de julho a outubro de 2016, que preencham um questionário, sendo os dados clínicos recolhidos do processo.

Os participantes serão selecionados de forma aleatória, estando garantida a sua confidencialidade.

A participação no estudo é voluntária e não acarreta nem riscos, nem manobras diagnósticas ou terapêuticas, nem deslocações ou consultas adicionais.

Declaro que fui informado sobre os objetivos e formato do estudo, e que aceito participar.

Coimbra, ____ / ____ / ____

(Assinatura)
