



13º Curso de Licenciatura de Enfermagem

Ano letivo 2016/2017

4º Ano, 2º Semestre

Ciclos temáticos

**Avaliação da Qualidade de Vida das pessoas submetidas a transplante renal
em Portugal através da aplicação da Escala WHOQOL-brief**

Monografia final de curso

Elaborado por:

Catarina Justo nº201392590

Joana Ferrer nº 201392587

Orientação: Professora Ana Vanessa Antunes

Co-orientação: Professor Luís Sousa

Barcarena

Julho 2017



13º Curso de Licenciatura de Enfermagem

Ano letivo 2016/2017

4º Ano, 2º Semestre

Ciclos temáticos

**Avaliação da Qualidade de Vida das pessoas submetidas a transplante renal
em Portugal através da aplicação da Escala WHOQOL-brief**

Monografia final de curso

Finalidade: Finalização da unidade curricular “Ciclos Temáticos” e realização do trabalho final de curso para obtenção da Licenciatura em Enfermagem.

Elaborado por:

Catarina Justo nº201392590

Joana Ferrer nº 201392587

Orientação: Professora Ana Vanessa Antunes

Co-orientação: Professor Luís Sousa

Barcarena

Julho 2017

“os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório”

AGRADECIMENTOS

Percorremos um longo caminho até chegarmos aqui. Ao longo da execução deste trabalho tivemos momentos de aprendizagem, dedicação, trabalho árduo, mas acima de tudo de grande partilha!

Foi uma etapa que partilhámos com as pessoas mais importantes das nossas vidas, e foi a elas que fomos buscar forças para seguir em frente nos momentos mais difíceis.

Queremos agradecer à Enfermeira Chefe do serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral (Enf^a Eugênia) e à Enfermeira da consulta de transplante do mesmo hospital (Enf^a Lúcia Paixão) onde foi realizada a aplicação do questionário pela sua disponibilidade e colaboração na realização do mesmo.

Um agradecimento especial a todos os participantes que partilharam a sua história de vida connosco, pela disponibilidade e aceitação na participação do estudo.

À professora Vanessa Antunes por nos ter orientado, pela partilha de conhecimento e pela disponibilidade e ao grande apoio que nos deu nos momentos em que achámos difícil acabar este trabalho e acima de tudo pela partilha na execução do mesmo.

Ao professor Luís Sousa, pela coorientação e cooperação no contacto com o hospital, na realização dos resultados da pesquisa após a aplicação dos questionários e na elaboração do trabalho escrito e da metodologia.

Agradecemos às nossas famílias, amigos e namorados pela paciência e pelos momentos que eram para serem passados com eles e não foram, pelas ajudas que nos foram dadas sempre que precisámos e por partilharem esta etapa connosco.

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

SF-36 - Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey

KTQ - Kidney Transplant Questionnaire

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life instrument

RESUMO

Introdução: A avaliação da qualidade de vida tem se tornado uma ferramenta importante para identificar e priorizar os problemas destas populações, mas também na criação de programas preventivos e no desenvolvimento de intervenções adequadas às necessidades deles.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida das pessoas submetidas a transplante renal seguidas na consulta externa de transplante no serviço de nefrologia do Hospital Curry Cabral.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados utilizando a versão abreviada do instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-brief), adaptado e validado para a língua Portuguesa por meio do Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida.

Resultados: Houve predominância no estudo do género masculino com 61,8%. A qualidade de vida média relacionada com o domínio físico é 58,5 e para o domínio psicológico 69,1. No domínio das relações sociais deu o resultado médio de 69,54 e no domínio ambiental valor médio de 74,94. Na faceta geral, o score foi 75,22.

Conclusão: Todos os domínios revelaram resultados positivos. O resultado mais baixo foi no domínio físico e o resultado mais alto no domínio ambiental. Os fatores sociodemográficos confirmam a maior ocorrência no sexo masculino e em idades mais jovens.

Palavras-chave: Transplante renal; Pós-operatório transplante renal; enfermagem transplante renal; doença renal crónica; qualidade de vida; WHOQOL-brief.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life assessment has become an important tool to identify and prioritize the problems of these populations, but also in the creation of preventive programs and in the development of interventions appropriate to their needs.

Goal: To evaluate the quality of life of people undergoing renal transplantation followed at the external transplant clinic in the nephrology department of Curry Cabral Hospital.

Methodology: This is a cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. The data were collected using the abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-brief), adapted and validated for the Portuguese language through the Portuguese Quality of Life Assessment Group.

Results: There was predominance in the male gender study with 61.8%. The average quality of life related to the physical domain is 58.5 and for the psychological domain 69,1. In the domain of social relations gave the average result of 69.54 and in the environmental domain average value of 74.94. In the general question, the score was 75.22.

Conclusion: All domains have shown positive results. The lowest result was in the physical domain and the highest result in the environmental domain. Socio-demographic factors confirm the highest occurrence in males and at younger ages.

Keywords: Renal transplantation; Post-operative renal transplantation; Nursing renal transplantation; Chronic kidney disease; quality of life; WHOQOL-brief.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	i
ÍNDICE DE TABELAS	ii
INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. DIÁLISE PERITONEAL	6
1.2. HEMODIÁLISE	7
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO TRANSPLANTADA.....	8
1.4. TRANSPLANTE RENAL.....	9
1.5. QUALIDADE DE VIDA.....	10
1.6. ESCALAS UTILIZADAS PARA AVALIAR A QUALIDADE DE VIDA	11
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	14
3. RESULTADOS	18
4. DISCUSSÃO	22
CONCLUSÃO.....	24
BIBLIOGRAFIA	26
APÊNCICES E ANEXOS.....	I

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- IDADE DA POPULAÇÃO ALVO.....	18
TABELA 2- VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	18
TABELA 3 - VALORES DE QUALIDADE DE VIDA POR DOMÍNIO.....	20
TABELA 4- TEMPO DE TRANSPLANTE DA POPULAÇÃO ALVO.....	20

INTRODUÇÃO

No âmbito do programa curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica, foi-nos proposto a realização de um trabalho final de curso. Para a elaboração do presente trabalho, o nosso tema de interesse foi focado no transplante renal, devido a experiências pessoais e familiares anteriores. Após discussão de ideias, achamos vantajoso investir e especificar na qualidade de vida das pessoas submetidas a transplante renal e na melhoria da mesma.

A Insuficiência renal é um quadro clínico complexo que se desenvolve quando os rins são incapazes de remover substâncias tóxicas e manter um estado de volémia adequado. Os sinais da disfunção renal são a acumulação de produtos resultantes do catabolismo proteico (produtos azotados) e diminuição ou ausência de débito urinário. (Marcelino et al., 2006.p.1).

É um problema de saúde pública mundial, com um aumento crescente de incidência e prevalência, tornando-se numa causa significativa de morbimortalidade.

Muitos autores afirmam que o transplante renal é o tratamento de preferência para pessoas com insuficiência renal, tanto do ponto de vista médico quanto socioeconómico. De acordo com Harris e Brown (1998) citado por Fortuna (2012. p.39), há uma redução no risco de mortalidade e menor custo frente às outras formas de tratamento.

Diversos autores referem também que o transplante renal permite à pessoa restabelecer indicadores de qualidade de vida. Segundo Proença et al. (2004) citado por Fortuna (2012. p.39), o transplante permite à pessoa recuperar o bem-estar físico, a capacidade cognitiva e a inserção no contexto social, ou seja, é possível que a pessoa leve uma vida quase normal apenas mantendo os cuidados como os imunossuppressores e alimentação.

A organização mundial de saúde (OMS) definiu a qualidade de vida como a percepção da pessoa sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

De acordo com Barros (2002) citado por Fortuna (2012. p.37), a qualidade de vida abrange quatro esferas: o estado funcional, os sintomas relacionados à doença e ao tratamento, o funcionamento psicológico e funcionamento social.

As pessoas submetidas a transplante renal evidenciam também que, apesar de novos sintomas causados pela medicação, ocorre uma melhoria significativa do funcionamento físico e social. (Luk, 2004 citado por Fortuna, 2012).

Num estudo de Tavares (2004) as pessoas relatam menor dificuldade em executar as atividades do dia-a-dia, sentindo-se mais saudáveis e de uma forma geral fisicamente bem. A restauração da saúde tem uma repercussão imensa na evolução da autoestima, na capacidade de se verem e sentirem seres independentes, possuidores do controlo sobre o seu destino.

É referido que o transplante é tido pelas pessoas como um momento de viragem, uma nova esperança apesar do medo. “Apesar do tratamento com terapias de substituição renal permitir à pessoa prolongar a vida e garantir a sua sobrevivência, existem inconvenientes.” (Sousa et al., 2016.p.4).

Alguns desses inconvenientes inclui o tempo despendido nas terapias, o desconforto dos procedimentos, a fadiga e outras alterações fisiologias sequelares, as limitações nutricionais, entre outros que afetam a qualidade de vida das pessoas com doença renal crónica.

O transplante renal tem impacto na vida da pessoa submetida a transplante renal, mas também da família e sociedade, podendo afetar a qualidade de vida de ambos. Nesta perspetiva, os profissionais de saúde, especificamente de enfermagem, devem saber identificar e avaliar a qualidade de vida destas pessoas, para sucessivos planeamentos e intervenções. A investigação na qualidade de vida nos transplantados renais tem o intuito de determinar as mudanças necessárias para melhorar desta, através da obtenção do bem-estar físico e psicológico e reabilitação com integração na sociedade.

Num estudo prévio, que aguarda em fase de submissão, foi possível comparar a qualidade de vida a pessoas transplantadas renais no Brasil, EUA e Índia com a aplicação da escala WHOQOL-brief e averiguar a necessidade de estudos recentes em Portugal.

Considerando que o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da melhoria da qualidade de vida destas pessoas, a aplicação da WHOQOL-brief a transplantados renais portugueses, permitiria do nosso ponto de vista uma maior adequação da abordagem multidisciplinar ao transplantado renal em Portugal, mas também a comparação com os contextos e resultados internacionais e também a reflexão sobre programas de melhoria da qualidade de vida nestas pessoas.

“A avaliação da qualidade de vida é a compreensão do estado de saúde como uma gama de fatores que somente podem ser avaliados pelos próprios. A própria doença e a modalidade de terapia de substituição da função renal influenciam na qualidade de vida em pessoas com doença renal crônica. É possível estabelecer fatores clínicos, sociodemográficos e laboratoriais que contribuem para a redução da qualidade de vida. Se estes fatores não forem identificados no início do tratamento, eles podem influenciar na progressão da doença.” (Ribeiro et.al, 2016,p.58)

“O aspeto socioeconómico exerce impacto significativo na vida das pessoas. Fatores como baixa renda, nível de escolaridade baixo, residência em áreas de risco social e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde são fortes preditores para o desenvolvimento da insuficiência renal crónica terminal e que poderá interferir na qualidade de vida dos recetores de transplante renal.” (Costa & Nogueira, 2013,p.333)

Através de uma ocupação, trabalho ou estudos, a pessoa estabelece necessidades humanas básicas, pois aumenta o seu nível de satisfação pessoal, das relações pessoais, momentos de lazer e independência como pessoa autónoma nas suas decisões de vida.

Segundo o esquema PICo (P – pessoa submetida a transplante renal, I – qualidade de vida, Co – consulta externa de transplante), formou-se a questão orientadora: “Qual a qualidade de vida nos transplantados renais portugueses, utilizando a escala WHOQOL-brief?”

Desta forma, este estudo tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida das pessoas submetidas a transplante renal seguidas na consulta externa de transplante no serviço de nefrologia do Hospital Curry Cabral.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a National Kidney Foundation (2015) “Em todo o mundo, 10% da população é afectada por doença renal crónica e milhões morrem por ano por não terem acesso a tratamentos acessíveis. Mais de 2 milhões de pessoas em todo o mundo recebem atualmente tratamento dialítico ou transplante renal para se manterem vivas.”

“A doença renal crónica é uma crise de saúde mundial. De acordo com a OMS no ano de 2005 houve aproximadamente 58 milhões de mortes em todo o mundo, com 35 milhões atribuídos a doença crónica.” (National Kidney Foundation, 2015)

Em Portugal segundo o Portal de dialise (2016) “Existe uma elevada prevalência de pessoas com Insuficiência Renal Crónica, cerca de 800 mil pessoas. As duas principais causas de insuficiência renal crónica são a diabetes e a hipertensão arterial.”

A insuficiência renal é caracterizada pela incapacidade de filtração por parte dos rins, que não filtram os produtos presentes no sangue e que passam a ficar acumulados no organismo, não mantendo a volémia adequada.

A insuficiência renal aguda é precisa como deterioração súbita da função renal, que posteriormente resulta na incapacidade de excretar os produtos do metabolismo. (Thomas, 2005)

A insuficiência renal aguda evolui diversas vezes para insuficiência renal crónica.

“A insuficiência renal crónica resulta de uma série de processo patológicos que causam lesão irreversível renal. Existe uma destruição maciça de nefrónios, pelo que os rins são incapazes de manter o equilíbrio hidro-electrolítico e de excretar os produtos tóxicos do organismo.” (Ramos, 1997 citado por Clara & Ferreira, 2007. P.20)

“Apesar de a doença renal crónica ainda não ter cura, existem vários tipos de modalidades para o tratamento dialítico e o transplante renal, o qual pode ser a partir de um rim de doador vivo ou falecido. Esta sobrevida do novo rim vai depender da terapia imunossupressora que o recetor deve realizar durante todo o tempo que o rim transplantado estiver a funcionar.” (Ribeiro et.al, 2016.p.58)

“A insuficiência renal (IR) e a complexidade do tratamento são problemas sérios de saúde pública em todo o mundo e tem encargos sociais e financeiros.” (Mendonça et. al, 2014.p.288)

“No final de 2015, de acordo com dados do Registo Nacional da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em Portugal existiam em tratamento substitutivo da função renal 18928 casos: 11514 em hemodiálise, 751 em diálise peritoneal e 6663 transplantados renais. Estes números colocam Portugal como um dos países europeus com maior prevalência de pessoas em tratamento renal.” (Macário, 2017)

Para esta insuficiência da função renal existem três tratamentos substitutivos utilizados atualmente: diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal. A escolha do tipo de tratamento deve ser do próprio com os seus familiares e com a equipa médica. No entanto, nem todas as pessoas têm alternativas e o transplante tem uma lista de espera definida por vários critérios.

1.1. Diálise peritoneal

A diálise peritoneal é um tratamento da insuficiência renal terminal, relativamente simples e realizada em casa. Esta pode ser aplicada de modo contínuo durante o dia pela pessoa (diálise peritoneal contínua ambulatoria) ou por máquina durante o período de sono (diálise peritoneal automática). Para realizar a diálise peritoneal é necessário a colocação de um acesso (cateter peritoneal). (Ambrósio et. al, 2011)

A diálise peritoneal contínua ambulatoria é realizada através da introdução de uma solução fisiológica ou líquido de diálise na cavidade peritoneal através do cateter. A solução permanece na cavidade peritoneal durante algumas horas em que as toxinas e solutos urémicos atravessam a membrana peritoneal por difusão, da corrente sanguínea para o líquido de diálise, ou vice-versa, consoante o gradiente de concentração. Após este tempo de permanência a solução utilizada é drenada e substituída por uma solução nova, repetindo-se 3 a 5 vezes por dia. A diálise peritoneal automática é realizada pela aplicação de uma solução tal como na anterior, mas a aplicação e substituição da solução é efetuada automaticamente por uma máquina portátil durante a noite, por um período de 8 a 12 horas. (Thomas, 2005)

1.2. Hemodiálise

A hemodiálise é o termo usado para descrever a remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável (dialisador). As técnicas têm-se tornado cada vez mais sofisticadas, o que resulta numa série de métodos altamente eficientes de eliminar os produtos do metabolismo que normalmente seriam excretados pelo rim saudável. (Ambrósio et. al, 2011)

Durante o tratamento com hemodiálise convencional, o líquido é removido por ultrafiltração, mas normalmente trata-se de uma pequena quantidade de líquido removido (2/3L), que não é suficiente para proporcionar uma remoção significativa de produtos do metabolismo por convecção. (Ambrósio et. al, 2011)

“A hemodiálise constitui a terapêutica de substituição renal mais frequente a nível mundial. Os seus objetivos incluem a reconstituição do ambiente dos fluidos intra e extracelular e conseguir a homeostase dos solutos, quer pela sua remoção a partir do sangue, quer pela introdução dos mesmos a partir do dialisante. As moléculas de água e os solutos de baixo peso molecular (PM) conseguem atravessar a membrana, mas os solutos de PM mais elevados (proteínas) não passam pela membrana semipermeável.” (Ambrósio et al., 2011. p.59)

O tratamento dialítico, seja por meio de dialise peritoneal ou hemodialise, impõe uma considerável sobrecarga psicossocial às pessoas e aos seus familiares, que pode ainda ser agravada com a existência de comorbidades. (Ramos et al., 2014)

São tratamentos que requerem uma rotina e uma dependência, que são dispendiosos a nível do tempo e que provocam alterações físicas, psicológicas e comportamentais. Além disso, estas pessoas têm que se submeter a um regime de restrição hídrica, dietética e alterações sociais.

O sucesso da terapia renal substitutiva depende da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e médica e da relação próxima entre a pessoa com insuficiência renal crónica e o profissional de saúde.

1.3. Caracterização da População Transplantada

“O transplante renal é o transplante mais comum realizado de órgãos sólidos.”
(Kaufman, 2003 citado por The Journal of Nursing, 2008, para.3)

Em 2014 numa visão global foram efetuados 79948 transplantes renais (aumento de 1,81% em relação a 2013), dos quais 41,6% foram realizados com órgãos de doadores vivos. Com maior ocorrência na América do Norte e Europa. (GODT, 2016)

Em Portugal 2010 foram efetuados 573 transplantes renais (menos 22 do que em 2009), dos quais 51 foram realizados com órgãos de doadores vivos. Dos quais, faleceram 74 pessoas com enxerto funcionante e 117 pessoas perderam o enxerto e foram transferidas para tratamentos de hemodialise ou dialise peritoneal. (SPT, 2010)

Em 2014 foram efetuados 450 transplantes renais (menos 80 do que em 2011). (IPST, 2015)

Em 2015, foram efetuados 476 transplantes renais. O programa de doação vivo renal teve um aumento de 5,1%, tendo sido realizados um total de 685 transplantes renais de dador vivo. (IPST, 2015)

E entre Janeiro a Maio de 2016 foram realizados 209 transplantes renais, com 26 rins de doadores vivos. Com valores superiores aos verificados em qualquer dos anos anteriores. (IPST, 2016)

Em relação ao genero, houve predomínio do sexo masculino. Este dado vem ao encontro com os resultados de outras pesquisas envolvendo o transplante renal, pode ser atribuído ao fato de que os homens, comprovadamente, são mais vulneráveis às doenças e não procuram prevenir a doença. (Amaral, 2008 citado por Fortuna, 2012)

O envelhecimento da população portuguesa motiva a subida da incidência da insuficiência renal crónica e das morbilidades destas pessoas. Outros fatores como a dieta hipersalina, patologias associadas como a diabetes mellitus e a falta de prevenção sobre estes fatores de risco contribuem para os valores acima referidos.

1.4. Transplante renal

A primeira referência a um transplante renal humano-para-humano foi do russo Voronoy em 1936. Ele transplantou um rim de um doador cadáver com sangue B Rh+ para um hospedeiro com sangue O Rh+, uma combinação que não se realizaria atualmente. (Thomas, 2005)

O Dr. Hume implantou o rim transplantado na coxa da pessoa receptora e conseguiu função renal durante 5 meses. Com isto, em Dezembro de 1954, em Boston, uma equipa constituída pelo cirurgião Joseph Murray e nefrologista John Merrill fez o primeiro transplante de gémeos monozigóticos bem sucedido. (Thomas, 2005)

O transplante renal tem sido, nos últimos 30 anos, um sucesso, com taxas de sobrevivência das pessoas não inferiores a 97% aos 6 meses pós-transplante, tanto com transplantes de doadores vivos familiares como de doadores cadáveres. (Thomas, 2005)

“Para a pessoa chegar até à cirurgia, esta precisa de submeter a várias consultas, exames e avaliações. Ainda, deve enfrentar preocupações como a possibilidade de conseguir um doador compatível, as dificuldades na preparação para a cirurgia e os desafios que surgirão após o transplante, como a possibilidade de rejeição do enxerto e a importância da aderência ao esquema imunossupressor.” (Ribeiro et al., 2016, p.58).

Desde a altura dos primeiros transplantes, os avanços verificados nas terapias anti rejeição, nas técnicas cirúrgicas e na compatibilização de tecidos vieram permitir que o transplante de rim passasse de procedimento experimental ao tratamento que pode oferecer a melhor qualidade de vida as pessoas com doença renal crónica

“Muitas pessoas vêm no transplante renal a via de acesso à “libertação pessoal” e a oportunidade de recuperar o “controle sobre a própria vida”. (Galpin, 1992, citado por Thomas, 2005, p.364).

O organismo humano tem o sistema imunológico que reage contra “corpos estranhos” até à destruição do mesmo. Acontece frequentemente reconhecer o rim transplantado como “estranho” que se denomina rejeição do enxerto.

“Após receber o enxerto renal, a pessoa corre sempre o risco de rejeição. Então, para poder conviver com a possibilidade concreta de rejeição é necessário que esta receba informações adequadas do novo modo de vida que terá de assumir, agora sem as sessões dialíticas, porém, com uma dependência do uso diário dos imunossuppressores.” (Ribeiro et. al, 2016, p.58).

Uma das complicações tardias do transplante renal é a rejeição crónica. Ocorre habitualmente ao fim de meses ou anos após o transplante com uma oclusão gradual do lúmen das artérias do rim por fibrose intersticial, e o seu primeiro sintoma associado é proteinúria. (Thomas, 2005)

“As pessoas transplantadas renais devem ser acompanhados cuidadosamente, recebendo orientação sobre medicações, alimentação, exercício físico e prevenções de infeção, pois, o sucesso na evolução do transplante se confronta com as complicações presentes, a sobrevida do enxerto e a qualidade de vida do mesmo.” (Ribeiro et.al, 2016, p.58).

Após o transplante, a pessoa vai ser sujeita a pensamentos negativos e positivos, expectativas, incertezas e até mesmo frustração no caso de sintomatologia de rejeição do órgão. Apesar de todas estas emoções serem normais no processo de aceitação da doença crónica e do tratamento, existe o risco de depressão. Muitas das vezes é necessário a intervenção de enfermagem para ajudar neste processo de aceitação que o transplante é um tratamento e não a cura para a doença renal crónica.

1.5. Qualidade de vida

“Qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como “a perceção da pessoa da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (Louzada et al, 2000, p.179).

Trata-se, portanto, de um grau de satisfação individual envolvendo várias dimensões da vida. Abrange dimensões do funcionamento físico, condições psicológicas e bem-estar, interações sociais, fatores económicos e vocacionais, como também espiritualidade.

“No caso específico da ocupação, a importância de a pessoa exercer uma atividade laboral ultrapassa as necessidades de capital, pois envolve também as necessidades humanas individuais. Por meio do trabalho, a pessoa exerce influência na sua estrutura sociopessoal, determinando os seus rendimentos, lazer, relações pessoais, nível de satisfação, recompensa, direito e deveres.” (Costa & Nogueira, 2013, p.2.)

Em pessoas com doença renal crónica, a qualidade de vida é influenciada pela própria doença, pelo tipo de tratamento mas também por outros fatores como a idade avançada, a presença de anemia, existentes multipatologias e depressão. (Olvani, et. al, 2010)

“As respostas humanas mais presentes nas pessoas transplantadas renais são: mudança da imagem corporal; preocupação com a saúde física; medo da rejeição e aderência ao regime de medicamentos. Assim, o enfermeiro atua de forma a analisar e julgar os problemas de saúde atuais ou potenciais baseados nestas manifestações.” (Ribeiro et.al, 2016, p.58).

“A avaliação da qualidade de vida tem se tornado uma ferramenta auxiliar para identificar e priorizar os problemas nos aspetos físico, social e psicológico, permitindo adequar intervenções terapêuticas ao objetivo de melhorar o grau de satisfação da pessoa com a sua saúde e o seu tratamento.” (Costa & Nogueira, 2013,p.332)

Compreender aspetos associados à qualidade de vida e as estratégias de resolução utilizadas pelas pessoas submetidas a transplante renal pode ajudar no desenvolvimento de intervenções e programas preventivos adequados às necessidades destes.

1.6. Escalas utilizadas para avaliar a qualidade de vida

A nível de todo o mundo já são utilizadas diversas escalas para avaliar a qualidade de vida pós-transplante renal, particularmente a SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey); a KTQ (Kidney Transplant Questionnaire); a WHOQOL-100 e a WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life instrument). Existindo várias escalas para avaliar a qualidade de vida, a escala WHOQOL-bref já foi utilizada em muitos outros países e os resultados foram bastante positivos. (Paraskevi, 2013)

“A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref.” (Louzada et al, 2000, p.179)

O WHOQOL-bref é composto por 26 perguntas que se estrutura em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As perguntas estão formuladas para quatro escalas de resposta do tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa. (ANEXO I)

As pontuações demonstraram boa validade discriminante, validade de conteúdo, consistência interna e confiabilidade test-retest e amplamente utilizada em estudo que exigem uma avaliação breve da qualidade de vida. (ANEXO II)

Em relação a estudos anteriores utilizando esta mesma escala de avaliação da qualidade de vida. Um estudo feito no Brasil comprovou um aumento exponencial de satisfação das pessoas após o transplante renal. O domínio físico foi o que obteve mais resultados positivos. (Mendonça, et. al, 2014)

Na Índia, obtiveram valores no domínio psicológico ligeiramente inferiores ao domínio físico. Diante estes resultados, podemos inferir que os medos, sentimentos e emoções angustiantes são comuns, antes e após procedimento. Outros estudos mostraram que os fatores psicológicos tendem a melhorar com o tempo após o transplante. (Mini, et.al, 2010)

Em Nova Iorque obtiveram resultados positivos no domínio social, interpretando os seus resultados em que o transplante renal reforça e intensifica a ligação entre a pessoa e a família. (Eryilmaz, et. al, 2005)

“Outro estudo mostrou que as relações sociais influenciaram a percepção da qualidade de vida, afetando a saúde, bem-estar e percepção de suscetibilidade ao progresso da doença, que se configuram como um espaço de troca de experiências, desenvolvimento do potencial e de proteção social.” (Mendonça, et.al, 2014, p. 291.).

Por fim, em todos os estudos o domínio ambiental obteve resultados surpreendentemente baixos. “O resultado pode ser explicado pelas condições de segurança e moradia dos participantes que geralmente não mudam após o transplante.” (Mendonça, et. al, 2014, p. 291)

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, no qual foi avaliada a qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crónica submetidas a transplante renal.

“Trata-se dos estudos que descrevem a caracterização de aspetos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de uma doença. São utilizados para conhecer uma nova ou rara doença, ou agravo à saúde, estudando a sua distribuição no tempo, no espaço e conforme peculiaridades individuais.” (Hochman. Et al, 2005, p4).

“Em relação ao tempo, esse tipo de estudo visa encontrar uma associação da doença ou agravo com horários, periodicidade, variação sazonal, dentre outras variáveis. Em relação ao espaço, visa encontrar uma associação com distribuição geográfica, urbana, rural ou outra. Em relação às peculiaridades individuais visa encontrar uma associação com fatores como sexo, idade, etnia, condições socioeconómicas, dentre outros. Podem abranger desde relatos ou séries de casos até estudos populacionais (ecológicos).” (Hochman. Et al, 2005, p4).

“Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenómeno em um momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno. Assim sendo, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crónico. Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento.” (Hochman et. al, 2005, p.3).

Por ser um dos centros de referência na transplantação na região de Lisboa, o local escolhido para a realização do estudo foi a Unidade de Nefrologia, nas consultas externas de Transplante Renal do Hospital Curry Cabral, que decorreu no período de Abril a Maio de 2017.

A população alvo foram pessoas com doença renal crónica submetidas a transplante renal. E como critérios de inclusão e exclusão foram aplicados: critérios de inclusão: transplantados renais e retransplantados renais, excluindo as pessoas com idade inferior a 18 anos e tempo mínimo de três meses pós-transplante e como critérios de exclusão foram

peças com déficit cognitivo e doença psiquiátrica ativa. A informação destas condições de exclusão foi obtida através da consulta do processo clínico.

Cerca de 56 pessoas cumpriram os critérios de elegibilidade. A amostra final foi constituída por 55 pessoas selecionadas de forma não-aleatória por conveniência. Ou seja, a população alvo é escolhida por ter determinadas características pelos investigadores, não é realizado sorteio para uma escolha aleatória.

Para colheita de dados foi utilizado o instrumento de colheita de dados constituído por um formulário de caracterização do perfil da amostra a nível sociodemográfico (idade; género; se sabe ler e escrever ou não; se exerce alguma profissão, reformado ou estudante e o estado civil) e clínico, por um questionário estruturado de avaliação WHOQOL-brief elaborado pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1998 e validade para a população portuguesa. (Simões, et. al, 2007)

Considerando que a WHOQOL e a WHOQOL-brief são as que apresentam maior comparabilidade a nível internacional, este estudo pretende analisar a variabilidade de resultados após a sua aplicação em Portugal.

O WHOQOL-brief é composto por 26 perguntas que se estrutura em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As perguntas estão formuladas para quatro escalas de resposta do tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa. (ANEXO I)

O domínio físico é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o domínio psicológico é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o domínio das relações sociais é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22) e o domínio ambiente é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25). Os cálculos destes domínios fazem-se de acordo com a fórmula seguinte:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

A faceta geral é composta por 2 itens (Q1, Q2): o cálculo desta faceta faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $(Q1 + Q2) \cdot 1/8 \times 100$. Após a realização das entrevistas, os dados foram inseridos no software Statistical Package for Social Science (SPSS) para tabulação. Calculou-se também o score médio de cada uma das 26 perguntas e em seguida, o score médio de cada um dos quatro domínios, além da qualidade de vida geral.

Utilizou-se um grau de confiança de 95% e considerou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As variáveis quantitativas foram descritas através da média, contudo as variáveis qualitativas foram descritas através da frequência absoluta e relativa. (ANEXO II)

Foi pedida e concedida autorização pelos autores para aplicação da versão portuguesa do instrumento. (ANEXO III, IV, V)

Utilizaram-se duas técnicas de colheita de dados: questionário autopreenchido e inquérito por entrevista em pessoas com dificuldades no preenchimento por défice visual ou baixo nível de literacia.

Foi pedida autorização (ANEXO VII) e o estudo foi aprovado pela comissão de ética do CHLC (processo nº395/2017). (ANEXO VIII)

“O termo de consentimento é um documento recomendado por declarações internacionais, códigos de ética, resoluções e leis específicas para ser utilizado na prática cotidiana em saúde e na realização de pesquisas envolvendo seres humanos.” (Silva et al, 2005. p. 705).

Todos os participantes assinaram o consentimento livre e esclarecido após terem sido informados sobre a garantia de sigilo dos seus dados e do direito de desistência sem prejuízo do próprio (APÊNDICE III). Além disso, foi garantida a privacidade, sendo feito o preenchimento numa sala individualizada enquanto aguardavam pela consulta médica.

“O consentimento informado consiste em um instrumento para assegurar a autonomia do sujeito da pesquisa, através da obtenção da sua anuência à participação. Seu uso correto pressupõe a concordância, sem qualquer coerção, após fornecimento e compreensão da informação sobre os procedimentos.” (Silva et al, 2005. p. 705).

Ou seja, é através deste documento que se comprova que a decisão de participação é voluntária através da concordância após saber acerca dos termos, consequências e/ou riscos. Para isso é indispensável para a validade que a pessoa seja autônoma e capaz. Este documento sobre o aspeto jurídico, pode ser utilizado se necessário como uma prova judicial.

3. RESULTADOS

Participaram no estudo 55 pessoas com doença renal crónica. O perfil sociodemográfico dos entrevistados revelou predominância de homens (61,8%) e minoria de mulheres (38,2%).

As idades dos participantes variam entre 21 anos e 80 anos, com um valor de idade média de 55,5 anos. Confirmou-se que 94,5% dos entrevistados sabe ler e escrever e apenas 3 pessoas não tinham capacidade de leitura e escrita. Nas técnicas de colheita de dados, 58,2% das pessoas realizaram o inquérito por entrevista, a grande maioria por défice visual e apenas 3 pessoas, as mesmas sem capacidade de leitura e escrita. Com um número de 23 pessoas realizaram o questionário autopreenchido.

Tabela 1- Idade da população alvo

	N	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão
Idade	55	21	80	13,32

A maioria das pessoas encontravam-se reformadas (63,6%), muitas por idade avançada ou por incapacidade desde que iniciaram tratamento dialítico. As pessoas ativas, cerca de (32,7%) exercem uma carreira profissional e 3,6% são estudantes.

De todos os participantes, 38 eram casados (69,1%) e 6 viúvos (10,9%). Com apenas 20% de pessoas solteiras.

Apenas uma pequena percentagem (10,9%) era re-transplantada renal. Em relação a tratamentos dialíticos, 85,5% realizou hemodiálise e 23,6% realizou diálise peritoneal. E 12,7% das pessoas realizaram ambos os tratamentos dialíticos.

Tabela 2- Variáveis sociodemográficas

	Frequência	Percentagem
Género		

Masculino	34	61,8
Feminino	21	38,2
Escolaridade		
Não sabe ler e escrever	3	5,5
Sabe ler e escrever	52	94,5
Atividade		
Reformado	35	63,6
Trabalhador	18	32,7
Estudante	2	3,6
Estado civil		
Solteiro	11	20
Casado	38	69,1
Viúvo	6	10,9
Retransplante		
Não	49	89,1
Sim	6	10,9
Hemodiálise		
Não	8	14,5
Sim	47	85,5
Dialise peritoneal		
Não	42	76,4
Sim	13	23,6

Na tabela 3, apresentada a seguir encontra-se os resultados de todos os domínios e da questão geral sobre qualidade de vida. No domínio físico, o valor médio é 58,5 com um desvio padrão de 9,5. No domínio psicológico, o resultado médio é de 69,1 e DP 12,12. O domínio das relações sociais deu o resultado médio de 69,54 e DP 17,06.

O domínio ambiental valor médio 74,94 e DP de 11,97. Na questão geral o valor médio é 75,22 e DP de 20,90.

Tabela 3 - Valores de qualidade de vida por domínio

	Número	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Domínio Físico	55	25,00	75,00	58,51	9,54
Domínio Psicológico	55	41,67	87,50	69,17	12,12
Domínio das Relações Sociais	55	33,33	100,00	69,55	17,06
Domínio Ambiente	55	40,63	96,88	74,94	11,98
Faceta Geral	55	25,00	100,00	75,23	20,90

O tempo de transplante dos participantes variou entre 7 meses e 21 anos com um valor médio de 7 anos e com um desvio padrão de 6,04.

Tabela 4- Tempo de transplante da população alvo

	Número	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão
Tempo de transplante	55	7 meses	252 meses (21 anos)	6,04

4. DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se predomínio de pessoas com doença renal crónica do género masculino (61,8%) corroborado nos estudos anteriores. Esta confirmação exige a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão desta realidade do sexo masculino nos seus diversos contextos biopsicosocioculturais.

Estudos anteriores demonstram que a idade avançada influencia a qualidade de vida em pessoas com doença renal crónica. Neste aspecto, a idade média apresentada foi 55 anos de idade, que pode refletir num aumento do aparecimento de doenças renais crónicas em adultos jovens e adultos ou especificamente no uso do tratamento de transplante renal em idades mais precoces.

É de realçar que sendo a maioria em idade ativa, estes constituem parte da população empregadora, no entanto pela doença e pelo tratamento, o desempenho profissional é seriamente comprometido. Constatando-se nos resultados com 63,6% da população reformada por idade avançada ou incapacidade de desempenho laboral desde que iniciaram o tratamento dialítico (dialise peritoneal ou hemodialise). Apenas 32,7% das pessoas com doença renal crónica submetidas a transplante renal continuam as suas vidas profissionais, tendo uma percepção mais rigorosa e exigente quanto ao seu próprio desempenho mas também tem efeitos positivos na qualidade de vida dos mesmos. Aspectos positivos como a sua independência e sucessivamente o aumento da auto-estima, melhorando as suas relações sociais.

As abordagens para terapia de substituição da função renal são em diálise peritoneal e hemodiálise, excluindo agora o transplante renal. A maioria das pessoas com doença renal crónica realizaram hemodialise 85,5% e dialise peritoneal apenas 23,6%, o que pode influenciar na avaliação da qualidade de vida visto haver mais consequências negativas durante a hemodiálise. Houve uma pequena percentagem de 12,7% das pessoas que realizaram os dois tipos de tratamentos dialíticos.

Em relação aos resultados da utilização da escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-brief, obteve-se resultados similares aos estudos anteriores no entanto com alguns resultados inesperados.

No domínio físico, o valor médio foi 58,5 que obteve a menor pontuação em relação aos restantes. Neste campo as pessoas submetidas a transplante renal ficam aptas para retomar as suas vidas, adquirindo habilidades anteriormente perdidas e adaptando-se às condições exigidas na medicação e alimentação. Este resultado pode ter sido influenciado pela presença de outras patologias associadas.

No domínio psicológico, a média de 69,1 reflete os resultados do pós transplante como medo e frustração mas também emoções positivas como esperança e felicidade. Os aspectos emocionais são importantes indicadores de qualidade de vida e estes tendem a melhorar após o transplante. Confirmando-se que este domínio tende a melhorar consoante o tempo de transplante sem complicações.

No domínio das relações sociais, com um dos melhores resultados de 69,5. Este domínio avalia o grau de satisfação da pessoa submetida a transplante renal com os seus familiares e amigos. A maioria refere que as pessoas significativas estão mais presentes, prestando suporte emocional e auxiliando nas tarefas do dia-a-dia. Outros estudos mostram a importância das relações sociais na melhoria da qualidade de vida, por configurarem um espaço de troca de experiências e proteção social.

No domínio ambiental, o resultado médio 74,9 foi imprevisível. Em estudos anteriores, este domínio é o que apresenta resultados mais baixos, no entanto em Portugal é o que apresenta resultados mais altos. Este resultado por ter haver em parte pelas condições de segurança e o apoio da assistente social em Portugal. A maioria dos participantes, referiram sentirem-se seguros nas suas casas, terem suporte social e acessos de saúde rápidos e de confiança.

Na questão geral, obteve-se a pontuação 75,2. Sendo as próprias pessoas submetidas a transplante renal a avaliar a sua qualidade de vida e a satisfação com a sua saúde atual. Começando a avaliar a sua qualidade de vida atual com as suas vivências durante o tratamento dialítico, estas referem estarem muito satisfeitas e ter existido uma melhoria desmedida da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O estudo avaliou a qualidade de vida de pessoas com doença renal crónica submetidas a transplante renal. Os resultados revelaram um aumento da qualidade de vida, com todos os domínios com resultados positivos. O resultado mais baixo foi no domínio físico e o resultado mais alto no domínio ambiental. É importante relembrar que estas pessoas continuam com a doença renal crónica e mantêm certas limitações que condicionam a atividade física, as tarefas do dia-a-dia e a carreira profissional, afetando este mesmo domínio. O domínio ambiental teve um resultado positivo e inesperado em comparação com anteriores estudos noutros países e culturas. Os fatores sociodemográficos confirmaram a maior ocorrência no sexo masculino, mas também em idades mais jovens.

A maioria das pessoas após o transplante manteve-se sem atividade laboral e consequentemente sem ordenado e a depender da segurança social. Esta evidência exige um maior apoio na reinserção destas pessoas a vida social e profissional após a realização do transplante.

Futuramente, estudos que comparem a qualidade de vida em Portugal com outros contextos internacionais podem auxiliar na reflexão e planeamento de intervenções de promoção de saúde, e ações na melhoria da qualidade de vida em todos os domínios.

Percebe-se que este tema é de grande importância para a profissão de enfermagem, pela presença do enfermeiro durante todo o processo da doença renal crónica. Este intervém durante os tratamentos dialíticos, durante todo o processo de transplante e especificamente nos cuidados a ter no pós-transplante, com as consultas de rotina mensais. Sabendo os domínios afetados, podemos organizar programas preventivos e planear ações de melhoria da qualidade de vida destes.

Por fim, os objetivos traçados inicialmente para a elaboração deste estudo foram cumpridos com sucesso, apesar de ainda existir muito por onde investigar e desenvolver, disponibilizaram pouco tempo para um estudo deste tamanho.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrósio, F.; Gomes, F.; Vieira, F.; Fazendeiro, J.; Oliveira, R. & Sousa, T. (2011). Manual de hemodiálise para enfermeiros. Coimbra: Edições Almedina.
- Anónimo. (2015, Março). National Kidney Foundation. Consultado em Junho, 31, 2017 em: <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>
- Anónimo (2008, Junho 1). Nurse Interventions in Renal Transplantation. The Journal of Nursing. Disponível em: <https://www.asrn.org/journal-nursing/375-nurse-interventions-in-renal-transplantation.html>
- Bittencourta, Z.; Mazzalia, G. & Santos, N. (2004). Quality of life in renal transplant patients: impact of a functioning graft. Revista Saúde Pública. 38 (5), 732-734. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500018
- Clara. A. & Ferreira. P. (2007). Monografia: o impacto de hemodiálise na vida da pessoa com insuficiência renal crónica e a sua perspectiva de quanto a um futuro transplante renal. Barcarena: Universidade Atlântica.
- Costa, L. & Nogueira, L. (2013). Associação entre trabalho, renda e qualidade de vida de receptores de transplante renal no município de Teresina, PI, Brasil. Jornal Brasileiro de Nefrologia. 36(3), 332-338. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0332.pdf>
- European Renal Association (2015). ERA-EDTA Registry Annual Report 2015. Disponível em: <https://www.era-edta-reg.org/files/annualreports/pdf/AnnRep2015.pdf>
- Eryilmaz, M.M.; Ozdemir, C.; Yurtman, F.; Cilli, A. & Karaman, T. (2005). Quality of Sleep and Quality of Life in Renal Transplantation Patients. Transplantation Proceedings, 37, 2072–2076. Disponível em: [http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345\(05\)00323-4/fulltext](http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345(05)00323-4/fulltext)
- Farias, G & Mendonça, A. (2009). Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodialise e pós-transplante renal pelo “WHOQOL-bref”. Revista Mineira de Enfermagem. 13(4), 574-583. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/226>

- Fortuna, F. (2012). A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida. Campo Grande-MS: Universidade católica Dom Bosco.
- Hochman, B.; Nahas, F.; Oliveira Filho, R. & Ferreira, L. (2005). Desenhos de pesquisa. Acta Cirúrgica Brasileira. 20 (2), 2-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002
- Instituto português da transplantação, IP. (2015). Doação e Transplantação de Órgãos: Dados da atividade de 2015. Disponível em: http://ipst.pt/files/IPST/2015_Doacao_Transplantacao_Dados_Globais_1.pdf
- Instituto português da transplantação, IP. (2016). Colheita e Transplantação de Órgãos: Resumo da Atividade Nacional Janeiro-Maio 2016. Disponível em: http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO%20E%20TRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantaao_Jan-Mai_2016.pdf
- Louzada, M.; Chachamovich, M.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Revista de saúde pública. 34 (2), 178-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007
- Macário, F. (2017). Doença Renal Crónica no contexto português. Disponível em: <http://perspetivas.pt/wp-content/uploads/2017/03/26-Doenc%CC%A7a-Renal-cronica.pdf>
- Macário, R. (2010). Actividade de transplantação em Portugal. Disponível em: http://www.spt.pt/download/Transplantacao_em_Portugal_Estatisticas-20140113-211346.pdf
- Marcelino, P.; Marum, S.; Caramelo, N.; Alves, C.; Dias, C. & Alves, I. (2006). Introdução: Insuficiência renal em cuidados intensivos. Guia prático para a abordagem da insuficiência renal em cuidados intensivos. (1ª edição) (pp.1). Loures: Lusociência.
- Mendonça, A.; Torres, G.; Salvetti, M.; Alchieri, J.& Costa, I. (2014). Changes in Quality of Life after kidney transplantation and related factors. Acta Paulista de

- Enfermagem. 27 (3), 287-292. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0287.pdf
- Mini A.M.; Unni, E.; Deepa A.R.& Aboobacker, S. (2010). Evaluation of quality of life in hemodialysis and renal transplant patients. International Journal of Pharma Research and Health Sciences .1 (2), 77-83. Disponível em: <http://inpharmaworld.com/ijphs/docs/vol1issue2/ijphs2010010207.pdf>
 - Organizacion nacional de transplantes & World Health Organization (2016). Organ Donation and Transplantation Activities 2014. Disponível em: <http://www.transplant-observatory.org/>
 - Portal da diálise. (2014). Doença renal crónica evidenciada no dia mundial do rim. Disponível em: <https://www.portaldodialise.com/articles/doenca-renal-cronica-evidenciada-no-dia-mundial-do-rim>
 - Ramos, E.; Santos, I.; Zanini, R. & Ramos, J. (2014). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia. 37(3), 297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n3/0101-2800-jbn-37-03-0297.pdf>
 - Ribeiro, D.; Ribeiro, R. ;Baptista, M.; Cesarino, C.; Rodrigues, C. & Parra, W. (2016). Fatores sociodemográficos e clínicos associados à qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados renais. Revista de enfermagem UFPE on line. 10(1), 57-64. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10921>
 - Silva, L.; Oliveira, F. & Muccioli, C. (2005). O processo de consentimento na pesquisa clínica: da elaboração à obtenção. Revista Arquivo Brasileiro de Oftalmologia. 68(5), 704-707. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v68n5/26751.pdf>
 - Silva, O, & Ascari, R. (s.d.). Qualidade de vida do paciente com insuficiência renal crónica em tratamento hemodialítico. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/SuppFile/3182/2464>.
 - Sousa, L.; Vieira, C.; Severino, S.; Rosado, J. & José, H. (2016). Validação da positive and negative affect schedule em pessoas com doença renal crônica. Texto &

Contexto - Enfermagem. 25(4), 1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016005610015>

- Tavares, E. (2004). A vida depois da vida: Reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. *Análise Psicológica*. 4 (22), 765-777. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n4/v22n4a10.pdf>
- Theofilou, P.(2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9 (1), 150–162. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e6d3/548eb9a7243f4cac2772cd3577b106596975.pdf>
- Thomas, N. (2005). Insuficiência renal aguda. *Enfermagem em Nefrologia*. (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*. 27 (1), 31-40. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/713/1/Estudos%20Psicom%C3%A9tricos%20do%20Instrumento%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Qualidade%20de%20Vida%20....pdf>

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

E

ANEXOS

APÊNDICE 1- Carta dirigida ao conselho de administração

Carta dirigida ao Conselho de Administração

No âmbito do programa curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, os alunos da Universidade Atlântica, ao longo do 4º ano, desenvolvem competências investigativas que culminam com a produção de uma monografia.

Este trabalho tem início ainda no 3º ano do curso, em que os alunos desenvolvem a sua capacidade de produção científica culminando com uma proposta de artigo para publicação. Neste sentido, foi já efectuado um estudo que está em fase de submissão para publicação na Revista Portuguesa de Saúde Pública, intitulado Estudo comparativo da aplicação da WHOQOL-brief a transplantados renais no Brasil, EUA e Índia.

Apesar da aplicabilidade universal da escala, durante o processo de revisão da literatura, não se encontraram estudos portugueses da sua aplicação à mesma população. Considerando que o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da melhoria da qualidade de vida destes utentes, a aplicação da WHOQOL-brief a transplantados renais portugueses, permitiria do nosso ponto de vista:

- Maior adequação da abordagem multidisciplinar ao transplantado renal em Portugal
- A comparação com os contextos e resultados internacionais
- Reflexão sobre programas de melhoria da qualidade de vida nestes utentes

Propomos assim fazer um estudo de aplicação da escala WHOQOL-brief a transplantados renais em Portugal.

Os investigadores são duas alunas do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem, Catarina Justo e Joana Ferrer com supervisão da Prof.ª Doutora Vanessa Antunes.

Estes pretendem que a investigação decorra no Hospital Curry Cabral, na consulta de acompanhamento transplantados renais.

Contextualização

No âmbito do programa curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, os alunos da Universidade Atlântica, ao longo do 4º ano, desenvolvem competências investigativas que culminam com a produção de uma monografia.

Este trabalho tem início ainda no 3º ano do curso, em que os alunos desenvolvem a sua capacidade de produção científica culminando com uma proposta de artigo para publicação. Neste sentido, foi já efectuado um estudo que está em fase de submissão para publicação na Revista Portuguesa de Saúde Pública, intitulado Estudo comparativo da aplicação da WHOQOL-brief a transplantados renais no Brasil, EUA e Índia.

Apesar da aplicabilidade universal da escala, durante o processo de revisão da literatura, não se encontraram estudos portugueses da sua aplicação à mesma população. Considerando que o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da melhoria da qualidade de vida destes utentes, a aplicação da WHOQOL-brief a transplantados renais portugueses, permitiria do nosso ponto de vista:

- Maior adequação da abordagem multidisciplinar ao transplantado renal em Portugal
- A comparação com os contextos e resultados internacionais
- Reflexão sobre programas de melhoria da qualidade de vida nestes utentes

Propomos assim fazer um estudo de aplicação da escala WHOQOL-brief a transplantados renais em Portugal.

Metodologia

Objetivo: aplicação da escala de avaliação da qualidade de vida, WHOQOL-brief, na consulta de acompanhamento de transplantados renais

População e amostra: 30 participantes seleccionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão¹

¹ O número de participantes, bem como o período em que decorrerá a investigação, dependerá da dinâmica, disponibilidade e autorização do serviço. Propõe-se uma entrevista prévia com o/a chefe/director do serviço para aferir estas condições.

Período: semana de 27.Março.2017 a 09.Abril.2017 (semanas em que as alunas se encontram fora do período de aulas)

Crítérios de Inclusão e Exclusão: foram considerados como critérios de inclusão, transplantados renais e retransplantados renais. Serão excluídos utentes com idade inferior a 18 anos e tempo mínimo de três meses pós-transplante².

Dados a recolher e Indicadores a produzir

Os dados a recolher constam do instrumento de avaliação da qualidade de vida *WHOQOL-bref*. Este questionário pretende conhecer a qualidade de vida do utente, com base nas suas expectativas, alegrias e preocupações, nas duas semanas que precedem a sua aplicação.

A escala *WHOQOL-bref* é uma versão abreviada do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, “WHOQOL-100”, sendo constituída por um questionário simples com 26 perguntas fechadas, em que é utilizada uma escala tipo *Likert* de cinco pontos.

As duas primeiras perguntas fornecem indicadores sobre a percepção geral da qualidade de vida, questionando: “Como avalia a sua qualidade de vida?” e “Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?”. A segunda parte permite a colheita de dados e produção de indicadores sobre domínios específicos da qualidade de vida, tais como: físico, psicológico, social e ambiental. **ANEXO**

Formas previstas de divulgação de resultados

Para divulgação dos dados obtidos através deste estudo as formas previstas são a Revista Portuguesa de Saúde Pública (à semelhança e em continuidade do artigo já em submissão), um *poster* ou uma comunicação livre a apresentar no Encontro da APEDT de 2017.

² Considerando que a rejeição aguda ocorre mais frequentemente nos primeiros 3 meses após transplante (Miller et al, 2008)

Meios previstos para cumprir com os requisitos éticos e legais

- Formulários constantes no regulamento interno do CHLC para a política de investigação;
- Formulário de obtenção de consentimento informado.

Cronograma																
Tarefas	Out 2015	Nov 2015	Dez 2015	Abr 2016	Mai 2016	Jun 2016	Out 2016	Nov 2016	Dez 2016	Jan 2017	Fev 2017	Mar 2017	Abr 2017	Mai 2017	Jun 2017	Jul 2017
Revisão Bibliográfica																
Fase conceptual																
Escolha do tema e questão de investigação																
Quadro de referência																
Definição de objetivos																
Realização da contextualização e enquadramento																
Apresentação simples dos resultados da revisão																
Nova escolha de tema para realização de um artigo																
Revisão bibliográfica sobre novo tema																
Realização de um artigo: “ Comparação da aplicação da escala WHOQOL-brief a transplantados renais no Brasil, EUA e Índia.”																
Fase metodológica																
Definição da população e amostra																
Descrição dos métodos de colheita																
Pedido de autorização																
Colheita e análise de dados																
Fase de interpretação																
Difusão de resultados e conclusões																
Entrega da Monografia																
Apresentação e defesa da monografia																

APÊNDICE II- Carta dirigida ao Diretor e à Enf^a Chefe do Serviço de Nefrologia

Carta dirigida ao Director e à Enf^a Chefe do Serviço de Nefrologia

Catarina Justo, 969345662
catarina.justo.01@gmail.com
Joana Ferrer, 916882258
joo.ferrer@hotmail.com

Exm^a Sr^a /Exm^o Sr Director e Enf^a Chefe do Serviço de Nefrologia
do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Assunto: Pedido de autorização para realização de um projeto de investigação

Exm^a Sr^a /Exm^o Sr,

No âmbito do programa curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica, nós, Catarina Justo e Joana Ferrer com a orientação da Prof^a Doutora Vanessa Antunes, vimos por este meio solicitar autorização para a realização do projeto de final de curso, na consulta de transplante renal do Hospital Curry Cabral.

Agradecemos uma resposta com a maior brevidade possível e estamos ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento ou informação contextual adicional.

Enviamos em anexo o resumo do projeto com cronograma, a escala a aplicar e o parecer da coordenação do curso.

24 de Janeiro de 2017

Atentamente,
Catarina Justo

Joana Ferrer

*Concordo com a
realização do estudo,
desde que devidamente
autorizado pelo CAE*

HOSPITAL CURRY CABRAL, E.P.E.
= SERVIÇO DE NEFROLOGIA =
FERNANDO NOLASCO
Diretor do Serviço

APÊNDICE III- Termo de consentimento informado, esclarecido e livre

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

O actual estudo de investigação, denominado “A Qualidade de Vida a transplantados renais, segundo a escala de WHOQOL-brief em Portugal”, que tem como investigadores responsáveis, as alunas Catarina Justo (nº201392590) e a Joana Ferrer (nº201392587), insere-se no âmbito do programa curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, cujo objetivo principal é na promoção da melhoria da qualidade de vida.

Na atualidade, é necessário recorrer a investigação científica para fazer uma análise crítica e reflexiva, e deste modo, aumentar o nosso conhecimento sobre o tema, sendo necessário a realização de um questionário que baseia-se em 26 perguntas fechadas sobre a percepção geral da qualidade de vida e também a colheita de dados e produção de indicadores sobre domínios específicos, tais como: físico, psicológico, social e ambiental.

Tem o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do questionário, qualquer questão sobre o estudo. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco e é livre de abandonar ou recusar o estudo a qualquer momento. Reforço que a participação no estudo é voluntária e tem o direito de recusar sem que advenha qualquer prejuízo.

Asseguramos-lhe que todos os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada colocando em causa a sua privacidade e identidade.

Agradecemos desde já a sua colaboração nesta investigação. A sua participação neste estudo é fundamental.

Contactos das investigadoras:

Catarina Justo, 969345662 – catarina.justo.01@gmail.com

Joana Ferrer, 916882258 – joo.ferrer@hotmail.com

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo.

Assinatura do Participante: _____

Data: ___/___/2017

ANEXO I- Escala WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS				
A1	Idade	<input type="text"/> anos	A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____	
A3	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	A4 Escolaridade	
		<input type="checkbox"/> Feminino		
A5	Profissão	<input type="text"/>		
A6.1	Freguesia	<input type="text"/>		
A6.2	Concelho	<input type="text"/>		
A6.3	Distrito	<input type="text"/>		
A7	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>	
		Casado(a)	<input type="checkbox"/>	
		União de facto	<input type="checkbox"/>	
		Separado(a)	<input type="checkbox"/>	
		Divorçado(a)	<input type="checkbox"/>	
		Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>	
B1a	Está actualmente doente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
B1b	Que doença é que tem?	<input type="text"/>		
B2	Há quanto tempo?	<input type="text"/>		
B3	Regime de tratamento?	Internamento <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/> Sem tratamento <input type="checkbox"/>	
C. Forma de administração do questionário		1. Auto-administrado <input type="checkbox"/> 2. Assistido pelo entrevistador <input type="checkbox"/> 3. Administrado pelo entrevistador <input type="checkbox"/>		
D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?				
<input type="text"/>				
OBRIGADO PELA SUA AJUDA!				
WHOQOL-BREF 2				

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

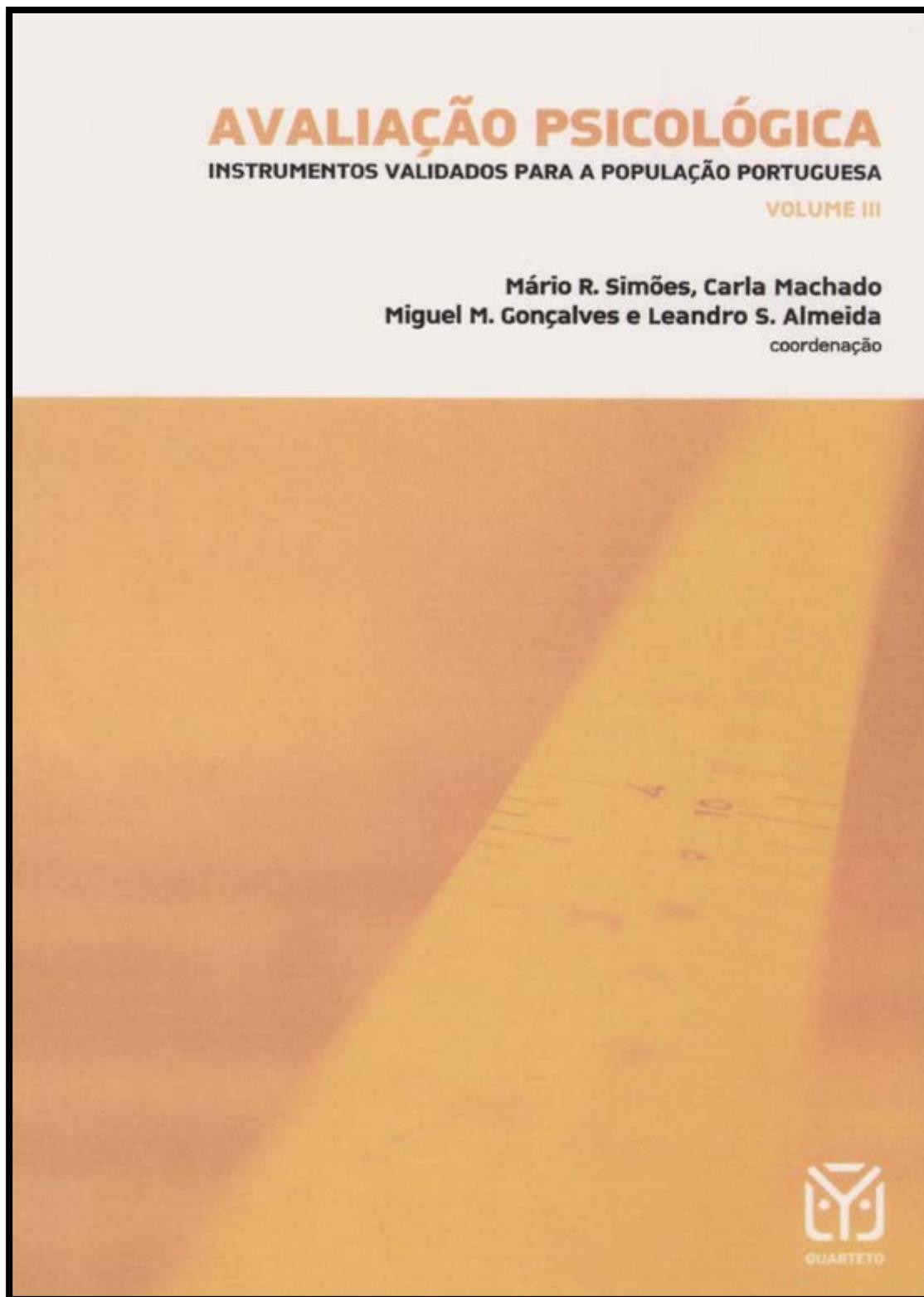
As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO II – Instrumentos de avaliação psicológica validados para a população portuguesa



WHOQOL-BREF

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

María Cristina Canavarro, Mário R. Simões, Adriano Vaz Serra, Marco Pereira, Daniel Rijo, Manuel Quartilho, Sofia Gameiro, Tiago Paredes & Carlos Carona

1. Indicações

O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, nas suas versões longa (WHOQOL-100) e breve (WHOQOL-Bref), destina-se à avaliação da qualidade de vida, tal como foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Isto é, como a *percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Esta definição resulta do consenso a que chegou um conjunto de peritos de diferentes culturas e representa uma perspectiva multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respectivo meio na avaliação subjectiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group, 1995, 1998).

1.1. Dimensões avaliadas

O WHOQOL-Bref, é composto por 26 itens e está organizado em 4 domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*. Cada um dos domínios é constituído por um conjunto de facetas, de acordo com o esquematizado na Figura 1. O instrumento inclui ainda uma faceta sobre qualidade de vida geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à excepção da faceta sobre qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde.

As perguntas do WHOQOL estão formuladas para quatro escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos (*intensidade, capacidade,*

frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa.

Domínio I	Físico
F1 (03)	Dor e desconforto
F2 (010)	Energia e fadiga
F3 (016)	Sono e repouso
F9 (015)	Mobilidade
F10 (017)	Actividades da vida diária
F11 (04)	Dependência de medicação ou tratamentos
F12 (018)	Capacidade de trabalho
Domínio II	Psicológico
F4 (05)	Sentimentos positivos
F5 (07)	Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
F6 (019)	Autoestima
F7 (011)	Imagem corporal e aparência
F8 (026)	Sentimentos negativos
F24 (06)	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III	Relações Sociais
F13 (020)	Relações pessoais
F14 (022)	Apoio social
F15 (021)	Actividade sexual
Domínio IV	Ambiente
F16 (08)	Segurança física
F17 (023)	Ambiente no lar
F18 (012)	Recursos económicos
F19 (024)	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
F20 (013)	Oportunidades para adquirir novas informações e competências
F21 (014)	Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer
F22 (09)	Ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima)
F23 (025)	Transporte
FG (01;02)	Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde
F (Faceta)	FC (Faceta Geral) Q (Questão)

LJH000L-BREF

78

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Figura 1. Estrutura do WHOQOL-Bref: Domínios e facetas

1.2. Populações-alvo

O WHOQOL-Bref permite avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos. Pode ser utilizado em doentes, com qualquer tipo de patologia, assim como em pessoas da população em geral, que não sofram de nenhum tipo particular de doença.

Por poder ser aplicado através das modalidades de autopreenchimento ou de entrevista e não requerer um nível mínimo de instrução, a sua aplicação apenas exige que o indivíduo tenha capacidade para compreender as perguntas que constituem o instrumento.

2. História

O interesse pelo conceito de qualidade de vida, aliado à sua crescente relevância na prática clínica (Stenner, Cooper & Skevington, 2003) e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de qualidade de vida, que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjectiva, conduziu a OMS a reunir um conjunto de peritos pertencentes a 15 diferentes culturas (WHOQOL Group) com o objectivo de debater o conceito de qualidade de vida e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: o WHOQOL-100. Este instrumento foi construído de acordo com uma metodologia própria (WHOQOL Group, 1994, 1995), que por nós próprios foi descrita de forma mais pormenorizada em artigos anteriores (Canavarro et. al., 2006; Rijo et al., 2006). O conteúdo e organização dos itens, facetas e domínios que constituem a versão original do WHOQOL-100 foram objecto de sucessivos processos de reflexão, revisão e aperfeiçoamento, inicialmente através de metodologias de natureza qualitativa e, posteriormente, quantitativa, até chegar ao estabelecimento de uma estrutura conceptual internacionalmente consensual (Skevington, 1999; WHOQOL Group, 1994).

Posteriormente, em 1998, foi desenvolvida uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref, para ser utilizado em situações em que “o tempo é limitado, o cansaço dos respondentes deve ser minimizado e a informação detalhada no que respeita a subdomínios da qualidade de vida é desnecessária” (Skevington, Lotfy & O’Connell, 2004, p. 300).

Actualmente, o WHOQOL (nas versões 100 e Bref) está disponível em mais de 40 idiomas diferentes (Skevington, Sartorius, Amir & WHOQOL Group, 2004), sendo um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida.

O WHOQOL Group, formado em 1991, é constituído por um grupo de investigadores de diversos centros internacionais e por um painel de consultores. Actualmente, o WHOQOL está validado no âmbito do trabalho dos Centros de Avaliação da Qualidade de Vida para os idiomas utilizados nos seguintes países: Alemanha, Argentina, Austrália, Brasil, Bulgária, Croácia, Espanha, Estados Unidos da América, Hungria, Índia, Israel, Itália, Japão, Malásia, Noruega, Reino Unido, Rússia, Turquia.

3. Fundamentação teórica

A construção do WHOQOL por um grupo de peritos internacionais, pertencentes a 15 Centros de Qualidade de vida da OMS, surgiu num contexto, simultâneo, de reconhecida relevância e falta de precisão conceptual do conceito de qualidade de vida, ao qual correspondia uma proliferação de instrumentos de avaliação, muitos deles sem base conceptual e a maioria ancorados na cultura americana.

A preocupação conceptual, o cariz transcultural e o refinamento da metodologia utilizada pela OMS para construir e validar o WHOQOL (nas versões 100 e Bref), aliados às sucessivas provas que os instrumentos têm vindo a dar, à medida que vão sendo validados por outros Centros e utilizados em diversas investigações em diferentes culturas, têm contribuído para a imagem de robustez conceptual e psicométrica que o WHOQOL apresenta. Do ponto de vista conceptual, é de lembrar que a definição de qualidade de vida foi a primeira preocupação do WHOQOL Group (1994). A coerência entre a definição dada e o instrumento de avaliação construído está bem patente na estrutura multidimensional do WHOQOL (nas versões 100 e Bref) e na formulação dos itens que o integram. As perguntas, correspondentes a cada item, avaliam sempre a percepção do indivíduo e não aspectos objectivos do meio ambiente, do seu estado funcional ou psicológico, ou ainda a avaliação de um profissional de saúde sobre estas dimensões.

A metodologia utilizada pela OMS, quer na construção do instrumento, quer na sua validação nos diversos Centros de Qualidade de Vida, conhecida na literatura por *método WHOQOL*, é sofisticada, na sua essência, pelo enfoque transcultural que comporta; pela interactividade de informação que preconiza entre investigadores, doentes e população em geral; e, pelo rigor e standardização de procedimentos ao longo das diferentes etapas. Estas características metodológicas serão exemplificadas e concretizadas quando referirmos os estudos realizados em Portugal.

Por último, a robustez psicométrica que o instrumento tem revelado na sua validação e utilização em diferentes culturas, à qual não são certamente alheias as suas origens transculturais, tem contribuído para que actualmente seja um dos instrumentos mais utilizados para avaliação de qualidade de vida.

No que toca especificamente à versão abreviada do instrumento, o WHOQOL-Bref foi construído com base nos dados recolhidos em 20 Centros de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS. Os critérios de selecção de perguntas foram simultaneamente conceptuais e psicométricos. Em primeiro lugar, num nível conceptual, foi definido que o carácter abrangente do instrumento original deveria ser mantido; assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 está representada por um item, na versão abreviada. No nível psicométrico, deveriam ser seleccionadas as perguntas que melhor representassem a faceta em questão. Neste sentido, os itens que compõem o WHOQOL-BREF foram escolhidos tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com o modelo geral de qualidade de vida e a sua capacidade discriminativa (WHOQOL Group, 1998; Saxena, Carlson, Billington & Orley, 2001). Neste sentido, enquanto que na versão longa do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS cada uma das facetas é avaliada por 4 perguntas, no WHOQOL-Bref cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta.

A análise dos itens extraídos mostrou que uma estrutura factorial de quatro domínios era a que melhor se adequava aos resultados obtidos. Esta estrutura, ainda que contrastando com a estrutura original, baseada em seis domínios, tem-se mostrado consistente ao longo do tempo, à medida que a acumulação de dados provenientes de novos Centros, tem permitido ao WHOQOL-Group realizar novos estudos psicométricos do instrumento (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004; WHOQOL Group, 1998).

No primeiro documento publicado sobre o desenvolvimento do WHOQOL-Bref, o WHOQOL-Group (1994) apresenta resultados dos primeiros estudos psicométricos do instrumento, realizados com o recurso a três amostras distintas (a amostra resultante da participação dos 15 Centros originais; a amostra de 13 Centros que realizaram o estudo empírico do WHOQOL-100 e, por último, a amostra resultante de 5 novos Centros que integraram o projecto nesta fase), num total de 8684 indivíduos.

Neste estudo, as pontuações para cada domínio, tal como são calculados para as versões 100 e Bref, são muito semelhantes, apresentando uma variação de 0 a 0.27. Como seria de esperar, tendo

em conta as pequenas diferenças verificadas, as correlações entre as pontuações dos domínios da versão 100 e Bref variam entre .89 (para o Domínio *Relações Sociais*) a .95 (para o Domínio *Físico*).

O WHOQOL-Bref apresenta valores aceitáveis de consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, de cada um dos quatro domínios. Esta medida varia entre .66 (Domínio *Relações Sociais*) e .84 (Domínio *Físico*). A versão abreviada do instrumento mostrou capacidade semelhante à da versão original para discriminar indivíduos doentes de saudáveis. Para todos os domínios são referidas diferenças estatisticamente significativas entre doentes e saudáveis apresentando, estes últimos indivíduos, pontuações mais elevadas de qualidade de vida. A estabilidade temporal dos resultados (teste-reteste) é aceitável ou mesmo boa, considerando a amplitude das correlações que variaram entre .66 (Domínio *Físico*) a .87 (Domínio *Ambiente*).

Recentemente, Skevington et al. (2004), com o recurso a uma amostra proveniente de 23 Centros ($N=11830$) realizaram estudos psicométricos adicionais do WHOQOL-Bref. Os estudos foram feitos para a amostra global e para cada um dos Centros em particular, sendo posteriormente estabelecidas comparações. Para a totalidade da amostra, como medida de consistência interna, o alfa de Cronbach apresentou valores aceitáveis ($\geq .7$) para os Domínios *Físico* (.82), *Psicológico* (.81) e *Ambiente* (.80) e ligeiramente mais baixo do que o desejável, para o Domínio *Relações Sociais* (.68). A validade discriminante, avaliada através da comparação das pontuações nos diferentes domínios dos indivíduos doentes e saudáveis, foi corroborada para todos os domínios. Os resultados da regressão hierárquica múltipla para avaliar o impacto do género e da idade nas pontuações dos domínios obtidas pelos indivíduos saudáveis e doentes mostrou que, conjuntamente, o género e a idade apenas explicam 2.7% do total da variância.

4. Estudos realizados em Portugal

4.1. Data e objectivos

O estudo de validação do WHOQOL-Bref para português Europeu foi realizado através da colaboração entre investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia e de Ciências da Educação

e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, conjuntamente com alunos de Mestrado e Doutoramento desta Universidade. Estes elementos constituíram o Centro Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Em Portugal, os primeiros trabalhos com o instrumento tiveram início em Abril de 2004. A aplicação do instrumento, correspondente ao estudo piloto quantitativo, decorreu durante o primeiro semestre de 2005.

Até ao momento uma versão do WHOQOL (100 e Bref) havia sido desenvolvida para português do Brasil no Centro de Qualidade de Vida Brasileiro, em Porto Alegre, coordenado pelo Prof. Marcelo Fleck (Fleck, 2000; Fleck et al., 1999a, 1999b, 2000; Berlim, Pavanello, Caldieraro & Fleck, 2005). Contudo, as variações linguísticas e a existência de um contexto cultural diferente conduziram à necessidade de criar uma nova versão do instrumento para português Europeu.

4.2. Amostra e metodologia

A amostra do estudo empírico quantitativo do WHOQOL-Bref ficou constituída por 604 indivíduos e obedeceu às directrizes da OMS respeitantes ao processo de amostragem. A OMS recomenda que o instrumento deve ser aplicado a um mínimo de 300 pessoas adultas. Destes, 250 devem ser indivíduos doentes (“utentes constantes” de um serviço de saúde) e 50 devem ser indivíduos “normais”/“saudáveis”. Na validação do instrumento para português Europeu, o número de indivíduos da população em geral (grupo de comparação) foi equivalente ao do grupo de doentes.

A amostra clínica deve ser constituída a partir dos seguintes critérios: (a) os doentes devem ser adultos (idade superior a 18 anos ou exercer o papel social de adulto); (b) metade da amostra deve ter mais de 45 anos de idade; a outra metade deve ter entre 18 e 44 anos; (c) metade da amostra deve ser do sexo masculino; e (d) metade deverá ser constituída por doentes hospitalizados e outros em tratamento ambulatorio.

Na aplicação deste instrumento, foram utilizados dois grupos distintos. O grupo *da população em geral*, “saudáveis”, constituído por 315 indivíduos que responderam negativamente às seguintes questões: (1) “Tem alguma doença crónica?”; (2) “Toma alguma

medicação de forma regular?”, e (3) “Consultou um médico ou profissional de saúde no último mês (excepção feita às consultas de prevenção, e.g., revisões em ginecologia)?”; e, o grupo *clínico*, constituído por 289 indivíduos provenientes dos serviços de Psiquiatria (20,4%), Ginecologia (10,7%), Medicina III/Reumatologia (25,3%), Ortopedia/Oncologia (24,9%) dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Instituto Português de Oncologia e de Centros de Saúde de Coimbra (18,7%).

As características gerais das amostras encontram-se descritas no quadro 1. Como se pode verificar existe uma distribuição equivalente dos sujeitos em termos de idade, género e regime de tratamento. No conjunto dos indivíduos (N=604) verifica-se que a maioria são casados ou vivem em união de facto (58,6%). Em termos de habilitações literárias, os indivíduos da população em geral apresentam habilitações literárias superiores à amostra clínica.

Quadro 1. Características gerais dos grupos da população em geral, clínico e do total da amostra

	População em geral/ "Saudáveis" (n=315)		Doentes (n=289)		Total (N=604)	
	n	%	n	%	N	%
Idade						
Menos de 45 anos	180	57,1	139	48,1	319	52,8
Mais de 45 anos	135	42,9	150	51,9	285	47,2
Sexo						
Masculino	145	46,0	133	46,0	278	46,0
Feminino	170	54,0	146	54,0	326	54,0
Habilitações Literárias						
Sem escolaridade	1	0,3	13	4,5	14	2,3
1.º Ciclo do Ensino Básico	31	10,0	96	33,6	127	21,3
2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico	54	17,4	71	24,8	125	20,9
Ensino Secundário	72	23,2	45	15,7	117	19,6
Estudos Superiores	153	49,2	61	21,3	214	35,8
Estado civil						
Solteiro(a)	114	36,2	84	29,1	198	32,8
Casado(a)/União de facto	185	58,7	169	58,5	354	58,6
Separado(a)/Divorciado(a)	11	3,5	25	8,7	36	6,0
Víuvo(a)	5	1,6	11	3,8	16	2,6
Regime de tratamento						
Internamento			136	47,1	136	47,1
Consulta Externa			153	52,9	153	52,9

Em relação à forma de administração do questionário, 66,6% foram preenchidos pelos próprios respondentes; 10,2% foram assistidos pelo entrevistador; e em 23,8% dos casos foram administrados pelo entrevistador. Os questionários administrados pelo entrevistador foram realizados, na sua maioria, em indivíduos da população doente.

Como temos vindo a mencionar, a OMS recorreu a uma metodologia própria para construir os instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref) e recomenda igualmente uma metodologia específica para a sua validação nos diversos Centros de WHOQOL internacionais, fornecida a cada Centro na altura do estabelecimento do contrato. Esta metodologia é composta por quatro etapas e compreende: (1) a tradução dos instrumentos; (2) a preparação do estudo qualitativo piloto; (3) o desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) o estudo de campo quantitativo.

No processo de validação da versão para português Europeu, todas as etapas mencionadas foram cumpridas (cf. Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006a; Vaz Serra et al., 2006b) e passamos a descrevê-las, de forma breve, tal como foram concretizadas no processo de validação do instrumento para português Europeu

Tradução dos instrumentos

A experiência adquirida na tradução de instrumentos de avaliação na área da saúde (Sartorius & Kuyken, 1994), conduziu a OMS a criar uma metodologia específica, para este fim que apresenta vantagens de precisão e adaptação transcultural em relação ao procedimento clássico de tradução seguida de retroversão. São mencionados os seguintes procedimentos: (1) tradução por tradutor com conhecimento detalhado do instrumento; (2) revisão da tradução por um grupo bilingue composto por: entrevistadores, médicos e antropólogos; (3) revisão por um grupo monolingue representativo da população na qual o instrumento vai ser aplicado; (4) revisão pelo grupo bilingue para incorporação das sugestões do grupo monolingue; (5) retroversão por tradutor independente; e (6) avaliação da retroversão pelo grupo bilingue. Qualquer diferença significativa deve ser revista interactivamente.

A tradução para português Europeu, descrita anteriormente com maior detalhe (Canavarro et al., 2006), foi feita de acordo com as

etapas referidas anteriormente, tendo sempre igualmente presentes os critérios da OMS para a formulação de perguntas para o WHOQOL (WHOQOL Group, 1994). Neste sentido, em primeiro lugar, procedeu-se à tradução do instrumento por um tradutor familiarizado com a tradução de instrumentos na área das Ciências Sociais e da Saúde. Em seguida, foi feita a revisão da tradução por um grupo bilingue, composto pelos elementos da equipa do Centro Português. Após a revisão por um grupo ($n=20$) monolíngue da população em geral e da consequente incorporação de algumas sugestões deste grupo, procedeu-se à retroversão do instrumento, elaborada por um outro tradutor. Esta retroversão foi debatida pelo grupo bilingue (equipa do Centro Português) e comparada com a versão anterior. Por fim procederam-se às alterações finais que se avaliaram como pertinentes.

Ao longo de todo o processo surgiram, com alguma frequência, dúvidas sobre a tradução de perguntas que utilizam na sua formulação expressões de medida (e.g. “*How difficult...?*”; “*How satisfied...?*”; “*To what extent...?*”). Através de comunicações pessoais com coordenadores de outros Centros (Centro Brasileiro, M. Fleck; Centro Espanhol, R. Lucas Carrasco) apercebemo-nos que este era um problema comum às versões de línguas latinas. Optámos por utilizar para este fim as expressões “*Em que medida...?*” (para traduzir “*To what extent...?*”) e “*Até que ponto...?*” (para traduzir “*How much...?*”), por serem expressões de fácil compreensão e corrente utilização no nosso país, por comparação com formulações menos claras como “*Quanto...?*” ou “*Quão...?*”. Os grupos focais estiveram de acordo com esta opção.

Preparação do estudo qualitativo piloto

A versão do WHOQOL deve ser discutida nos grupos focais do novo Centro (WHOQOL Group, 1995), com o objectivo de debater o conceito de qualidade de vida proposto pela OMS e pronunciarse sobre os domínios e dimensões consideradas. Os grupos focais podem propor questões adicionais para facetas já existentes (que devem ser anexadas ao WHOQOL-100 como questões adicionais nacionais) ou ainda propor novas facetas, que devem ser compostas de, pelo menos, quatro perguntas, formuladas de acordo com os critérios recomendados pela OMS (WHOQOL Group, 1994).

Os grupos focais devem ser compostos por indivíduos com características sociais e demográficas (sexo, idade, habilitações literárias, nível socioeconómico, estado civil e grupo étnico) representativas da população do centro em questão. Deve haver recurso a dois grupos focais (compostos por 6 a 8 pessoas) de cada uma das seguintes categorias: *peçoas em contacto com um serviço de saúde; peçoas da população geral, incluindo cuidadores informais; profissionais da área da saúde.*

A versão em português Europeu do WHOQOL foi debatida em quatro grupos focais: *peçoas da população geral, incluindo cuidadores informais* (8 peçoas, sendo 4 cuidadores informais), *peçoas em contacto com um serviço de saúde* (dois doentes do serviço de Medicina III/Reumatologia e 4 doentes do serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra), *profissionais da área da saúde* (2 psicólogos, 1 médica, 1 terapeuta da fala, 1 assistente social, e 2 enfermeiras, pertencentes a várias instituições de saúde da região de Coimbra), e, por fim, um grupo adicional de *técnicos de avaliação psicológica* (15 licenciados em Psicologia/alunos do Mestrado em Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra).

Cada grupo focal reuniu uma vez, numa sessão que durou entre 90 e 120 minutos e que obedeceu a uma estrutura tripartida: introdução ao tema (sem referência a detalhes da teoria), discussão do tópico da qualidade de vida e, por fim, apresentação do conceito de qualidade de vida proposto pela OMS e discussão do mesmo. Os registos áudio das sessões foram revistos pela equipa portuguesa do estudo.

Em todos os grupos focais, quer na discussão livre, quer na discussão final com base na apresentação do constructo de Qualidade de Vida da OMS, foi corroborado o conceito multidimensional proposto. É curioso o facto de, em todos os grupos focais realizados ter surgido a proposta de uma nova faceta portuguesa com o tema-base *Poder Político*, que passou a incluir a versão 100 do WHOQOL para português Europeu (cf. Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006).

Desenvolvimento das escalas de resposta

Como referimos, as perguntas do WHOQOL foram formuladas para quatro escalas de resposta de tipo Likert (de 5 pontos): *intensidade, capacidade, frequência e avaliação*. A escala de resposta de

intensidade refere-se ao grau ou medida em que a pessoa experiencia um *estado* ou *situação* (e.g., intensidade da dor); a escala de resposta de *capacidade* diz respeito à disponibilidade pessoal para um *sentimento*, *estado* ou *comportamento*; a escala de *frequência* prende-se com o número de vezes em que ocorre um *estado* ou *comportamento*; por último, a escala de resposta de *avaliação* refere-se à percepção de um *estado*, *capacidade* ou *comportamento*.

Para garantir a equivalência de intervalo entre os descritores das escalas de resposta, a OMS estabeleceu, à semelhança do que se passou com as outras etapas, procedimentos específicos. De acordo com o indicado, apenas os descritores extremos (“palavras âncora” ou “pontos de ancoragem”) de cada escala foram sujeitos a um processo de tradução, seguido de retroversão, dada a sua relativa facilidade de tradução nos diferentes idiomas. A escolha dos termos intermédios é “mais ambígua, difícil de traduzir e sujeita a variação cultural na sua interpretação” (Grupo WHOQOL, 1994, p.35) e, por isso, deverá seguir uma metodologia específica (Szabo, Orley & Saxena, 1997), correspondente às seguintes etapas: (1) definição das “palavras âncora” (descritores extremos) para cada uma das escalas de resposta; (2) selecção de 15 palavras com significados intermédios entre os dois pontos âncora através do recurso a dicionários, publicações científicas e outros instrumentos psicométricos; (3) construção de uma escala de resposta visual analógica de 100 mm para cada uma das palavras seleccionadas; (4) aplicação das escalas a um mínimo de 20 indivíduos, representativos da população em causa; (5) selecção das palavras que tiveram uma média entre 20-30 mm (25%), entre 45-55 mm (50%) e entre 70-80 mm (75%) e um menor desvio-padrão; (6) verificação da característica ordinal da escala em 10 indivíduos, que ordenam as palavras sorteadas entre as suas palavras âncora.

Na construção das escalas de resposta para português Europeu, foi feita a tradução, seguida de retroversão, de cada uma das “palavras âncora” das quatro escalas. Para os descritores intermédios de cada escala, foram seleccionados 15 termos intermédios. Em seguida, os termos seleccionados foram apresentados em ordem aleatória a 20 indivíduos, representativos da população, a quem foi pedido que graduassem, numa escala analógica de 100 mm, o lugar que lhes parecesse mais adequado para representar a posição que cada descritor ocupava entre os restantes. No quadro 2 encontram-se os resultados

finais obtidos para cada uma das escalas de resposta e as palavras seleccionadas para descritores intermédios.

Quadro 2. WHOQOL: Descritores intermédios das diferentes escalas de resposta

Tipo de escala de resposta	Descritor 25%	M±DP	Descritor 50%	M±DP	Descritor 75%	M±DP
Intensidade	Pouco	22,1±8,1	Nem muito nem pouco	48,8±5,9	Muito	74,6±6,6
Capacidade	Pouco	20,6±10,2	Moderadamente	49,4±5,9	Bastante	76,85±7,3
Frequência	Poucas vezes	20,2±7,8	Algumas vezes	46,0±18,4	Frequentemente	76,0±12,2
Avaliação	Mau	20,3±5,4	Nem bom nem mau	48,7±4,6	Bom	79,6±7,9
Avaliação	Infeliz	22,05±7,1	Nem feliz nem infeliz	52,25±8,4	Feliz	70,8±13,4
Avaliação	Insatisfeito	20,7±7,8	Nem satisfeito nem insatisfeito	48,3±4,2	Satisfeito	70,1±11,5

Estudo de campo quantitativo

Na aplicação do instrumento à população portuguesa, de acordo com o que descrito anteriormente, seguiram-se as directrizes da OMS respeitantes ao processo de amostragem.

4.4. Resultados relativos à precisão

Consistência interna. Para análise da consistência interna foram realizadas, em primeiro lugar, estatísticas descritivas (médias, modas e desvios-padrão), no sentido de avaliar a distribuição das respostas aos itens. As pontuações médias nos 26 itens variam entre 3.09 (DP=.952) para o item 14, que corresponde à Faceta 21 (*Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer*) e 4.08 (DP=.835), para o item 5, que corresponde à Faceta 4 (*Sentimentos positivos*). A moda, na generalidade dos itens foi 4, com excepção dos itens 12 (Faceta 18: *Recursos económicos*) e 14 (Faceta 21; *Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer*) em que a moda foi 3; nos itens 3 (Faceta 1: *Dor e desconforto*) e 4 (Faceta 11: *Dependência de medicação ou tratamentos*) a moda foi 5.

Procurámos, de igual forma, analisar as correlações obtidas entre cada item (faceta) e os quatro domínios do WHOQOL-Bref. Todos

os itens se correlacionam de forma estatisticamente significativa com o Domínio a que pertencem (entre .55 e .84). Seis itens apresentam correlações significativas, superiores a .50 com outro Domínio. Três itens do Domínio *Físico* (*Energia e fadiga*; *Actividades da vida quotidiana*; e *Capacidade de trabalho*) e um item do Domínio *Relações Sociais* (*Relações Pessoais*) apresentam fortes correlações com o Domínio *Psicológico*. A *autoestima* correlaciona-se de forma significativa com o Domínio das *Relações Sociais*. Um item do Domínio *Psicológico* (*Sentimentos negativos*) apresentou uma forte correlação com o Domínio *Físico*. Estes resultados são semelhantes aos obtidos no estudo internacional do WHOQOL-Bref (Skevington et al., 2004). No entanto, é de referir que todos os itens apresentam uma correlação maior com o domínio a que pertencem do que com qualquer outro.

A avaliação da consistência interna através do coeficientes de alfa de Cronbach é aceitável, quer se considerem o conjunto dos Domínios (.79); ou os Domínios individualmente: *Físico* (.87), *Psicológico* (.84), *Relações Sociais* (.64) e *Ambiente* (.78). Quando se consideram as 26 perguntas que compõem o instrumento, o alfa de Cronbach é de .92. O valor do alfa, quando se retira cada item, varia entre .913 (quando se retira o item 17) a .920 (quando se retira o item 24), o que corrobora a importância de cada item para o desempenho do instrumento.

Estabilidade temporal. Numa amostra de 49 indivíduos, saudáveis ($n=32$) e doentes ($n=17$), foi realizado o estudo teste-reteste, com um intervalo de 3 a 5 semanas. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias nos domínios nos dois tempos avaliados. Os valores da correlação teste-reteste para os Domínios *Físico* ($r=.79$, $p<.001$), *Psicológico* ($r=.85$, $p<.001$), *Relações Sociais* ($r=.65$, $p<.001$) e *Ambiente* ($r=.66$, $p<.001$) são aceitáveis ou bons.

4.3. Resultados relativos à validade

Validade Discriminante. Foi igualmente avaliado o poder discriminativo do WHOQOL-Bref, isto é, a sua capacidade para diferenciar os indivíduos doentes ($n=289$) dos “saudáveis”, pertencentes à população normal ($n=315$). Os resultados encontram-se no Quadro 3.

Quadro 3. WHOQOL-Bref: Comparação dos resultados nos diferentes domínios em relação à presença de doença

Domínio	"saudáveis"	Doentes	t	p
	Média (DP)	Média (DP)		
D1 (Físico)	77,49 (12,27)	54,99 (19,50)	16.803	.000
D2 (Psicológico)	72,38 (13,50)	64,41 (17,47)	6.228	.000
D3 (Relações Sociais)	70,42 (14,54)	64,47 (18,11)	4.426	.000
D4 (Ambiente)	64,89 (12,24)	58,79 (14,37)	5.592	.000
OOL GERAL	71,51 (13,30)	49,09 (20,16)	15.977	.000

Podemos verificar que para todos os Domínios existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. De igual forma, em todos os domínios, os indivíduos pertencentes ao grupo de controlo têm pontuações mais elevadas de qualidade de vida do que os indivíduos do grupo clínico.

Procurámos ainda conhecer a capacidade do WHOQOL-Bref para discriminar indivíduos saudáveis de doentes com diferentes patologias, assim como dos grupos de doentes entre si. Como critério diferenciador dos distintos tipos de doença, foi utilizado o serviço de origem dos doentes. Para a primeira análise foi realizada a análise da variância (ANOVA) e o teste de comparações múltiplas de Dunnett utilizando grupo de controlo. Para a análise do poder discriminativo do WHOQOL-Bref entre doentes realizou-se a ANOVA e o teste de comparações múltiplas de Bonferroni (ajustado para $p < .05$).

Na comparação dos diferentes grupos de doentes com o grupo de indivíduos saudáveis, o WHOQOL-Bref revelou um maior poder discriminativo no Domínio *Físico* [$F(5, 598)=65,508, p < .001$] e na faceta que avalia a qualidade de vida em geral [$F(5, 598)=58,415, p < .001$], para os quais todas as comparações realizadas, entre os diversos tipos de doentes e os indivíduos saudáveis (grupo de controlo), se mostraram estatisticamente significativas. O Domínio *Psicológico* apresenta também uma boa capacidade discriminativa [$F(5, 598)=22,195, p < .001$], mas as diferenças só são estatisticamente significativas quando comparamos o grupo de controlo com os doentes provenientes dos serviços de Psiquiatria ($p < .001$), Ginecologia ($p < .05$) e de Medicina III/Reumatologia ($p < .05$). O Domínio das *Relações Sociais* [$F(5, 598)=13,254, p < .001$] é também um bom discriminador entre doentes de não doentes; no entanto, a diferença só

é estatisticamente significativa em relação à Psiquiatria. Em relação ao Domínio *Ambiente* [$F(5,598)=10,387, p<.001$] verificam-se diferenças entre o grupo de comparação e os doentes da Psiquiatria, da Ginecologia e dos Centros de Saúde.

Quando cotejamos grupos de doentes entre si, os resultados revelam que os doentes da Psiquiatria, quando comparados com os restantes doentes, apresentam piores resultados de qualidade de vida, excepto no Domínio *Físico*, para o qual os doentes do serviço de Medicina III/Reumatologia apresentam resultados inferiores. Este Domínio apresenta boas propriedades discriminativas entre grupos de doentes [$F(4, 284)=4.238, p<.01$], contudo, as diferenças só são estatisticamente significativas entre os Centros de Saúde e a Medicina III/Reumatologia. O Domínio *Psicológico* discrimina, de forma estatisticamente significativa [$F(4, 284)=14.203, p<.001$], os doentes provenientes da Psiquiatria dos doentes dos restantes serviços. Os mesmos resultados observam-se em relação ao Domínio das *Relações Sociais* [$F(4, 284)=9.596, p<.001$]. O Domínio *Ambiente* releva diferenças estatisticamente significativas, dos doentes provenientes do serviço de Psiquiatria, em relação aos doentes da Medicina III/Reumatologia e da Oncologia/Ortopedia.

Os resultados da regressão múltipla hierárquica para avaliar o impacto da idade e do género nos resultados obtidos nos domínios pelos doentes e pelo grupo de indivíduos saudáveis, mostram que a idade e o género, juntos, explicam apenas 2,5% da variância total (R^2 ajustado), embora este efeito seja estatisticamente significativo [$F(1, 602)=16.475, p<.001$].

Validade de Constructo. As análises apresentadas anteriormente, no tópico sobre a consistência interna, relativas à correlação de cada item/faceta com os quatro domínios, permitem afirmar que, conceptualmente, cada domínio está bem representado pelos itens que o definem já que, embora todos os itens se correlacionem com outros domínios, todos apresentam correlações mais elevadas com o domínio a que pertencem. Adicionalmente, procurou conhecer-se as correlações entre os quatro domínios. Através da leitura do quadro 4 constata-se que todas as correlações são estatisticamente significativas. As correlações mais elevadas encontram-se entre o domínio *Psicológico* e os restantes três domínios e entre os domínios *Relações*

Sociais e Ambiente. Estes resultados são consistentes do ponto de vista teórico, considerando os constructos em causa.

Quadro 4. WHOQOL-Bref: Coeficientes de correlação ente os diferentes domínios (N=604)

Domínio	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Físico	-			
Psicológico	.55	-		
Relações Sociais	.39	.56	-	
Ambiente	.47	.57	.50	-
QOL GERAL	.72	.57	.44	.53

Dado que o conceito de qualidade de vida, tal como foi definido pela OMS, é um conceito complexo, que não pode ser avaliado de forma linear, considerando a sua natureza multidimensional, e à semelhança do realizado por diversos autores no processo de validação do WHOQOL (e.g., Centro Brasileiro, Fleck et al., 2000; Centro Coreano, Min et al., 2002; Estudo internacional, Skevington et al., 2004) procurou-se conhecer as relações entre os diversos domínios e a faceta que avalia a qualidade de vida em geral. Com este objectivo, em primeiro lugar, foram realizadas correlações entre os quatro domínios e a faceta que avalia a qualidade de vida em geral e a percepção geral de saúde (cf. quadro 4). No sentido do esperado, todos os domínios apresentam correlações elevadas com a faceta de qualidade de vida em geral.

Seguidamente, com o objectivo de avaliar quais os melhores preditores da qualidade de vida, realizámos uma regressão linear múltipla em relação à faceta que avalia a *qualidade de vida de forma geral*. Verificou-se que todos os domínios da versão abreviada do WHOQOL-100 surgem num modelo linear que explica 58,8% da variância. O Domínio *Físico* oferece o maior contributo para o modelo explicando, por si só, 52,2% da variância, seguindo-se os Domínios *Psicológico*, *Ambiente* e *Relações Sociais*.

Correlação com outros instrumentos. Avaliou-se ainda a relação entre qualidade de vida e psicopatologia, tal como é avaliada pelo *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock &

Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973b) e pelo *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999; presente volume). Foi possível verificar que todos os domínios do WHOQOL-Bref apresentam coeficientes de correlação significativos com o BDI e o BSI (cf. quadro 5), quando se utiliza, respectivamente, a sua pontuação global e o índice geral de sintomas. Como seria esperado, a correlação é inversa, isto é, uma melhor pontuação na medida da qualidade de vida encontra-se associada a menores resultados na depressão e nos indicadores psicopatológicos.

Quadro 5. WHOQOL-Bref: Coeficientes de correlação ente os resultados dos domínios e o resultado total do BDI e o Índice Geral de Sintomas do BSI (N=604)

Domínio	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
BDI	-.63	-.71	-.46	-.41
BSI	-.49	-.69	-.48	-.48

Todas as correlações significativas para $p < .001$

Os resultados mostram ainda que tanto o BDI como o BSI apresentam coeficientes de correlação significativamente mais elevados com o Domínio *Psicológico* (respectivamente, $-.71$ e $-.69$), o que é consistente com as variáveis avaliadas.

4.5. Procedimentos de aplicação e cotação

O WHOQOL-Bref, tal como a versão longa que lhe deu origem (WHOQOL-100), foi desenvolvido como um questionário de auto-resposta. No entanto, em determinadas situações (dificuldades físicas ou associadas ao nível de instrução do respondente) em que não é possível optar por esta metodologia, a sua aplicação pode ser assistida pelo entrevistador (leitura das instruções; explicação da forma de preenchimento do questionário e esclarecimento de dúvidas) ou mesmo administrado pelo entrevistador. Nesta última situação, o entrevistador deve ler as instruções, as perguntas, os descritores da escala de resposta e assinalar no questionário a resposta fornecida pelo inquirido. Quando aplicado como questionário de auto-resposta, pode ser feita uma aplicação individual ou colectiva e o tempo do seu preenchimento é, habitualmente, de aproximadamente de cinco minutos.

A cotação do WHOQOL-Bref pode ser feita manualmente ou mediante recurso a uma sintaxe para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descriptor das escalas de resposta que compõem o instrumento. Três itens, referentes a perguntas formuladas de forma negativa (Q3, Q4 e Q26), devem ser invertidos, o que para efeitos de cálculo, implica a subtracção do seu valor a seis unidades.

O Centro de Avaliação da Qualidade de Vida para Português Europeu, de acordo com as tendências actuais da OMS, optou por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

Concretamente, os resultados dos quatro domínios correspondem aos seguintes cálculos:

Domínio *Física*: [(6-03) + (6-04) + 010 + 015 + 016 + 017 + 018) - 7]/28*100

Domínio *Psicológica*: [(05 + 06 + 07 + 011 + 019 + (6-026)) - 6]/24*100

Domínio *Relações Sociais*: [(020 + 021 + 022) - 3]/12*100

Domínio *Ambiente*: [(08 + 09 + 012 + 013 + 014 + 023 + 024 + 025) - 8]/32*100

5. Interpretação dos resultados

De forma geral, a interpretação dos resultados do WHOQOL-Bref é feita de forma linear: resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. Dada a natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser sempre analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios que compõem o WHOQOL-Bref, não existindo uma “pontuação total” do instrumento. Indicações sobre a qualidade de vida em geral apenas podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a qualidade de vida em geral e a percepção geral de saúde.

Num contexto clínico, é igualmente possível uma leitura mais qualitativa dos resultados. Este procedimento é particularmente adequado à avaliação do impacto de uma determinada doença ou tratamento.

6. Avaliação crítica

6.1. Vantagens e potencialidades

Considera-se que o WHOQOL-Bref avalia um conceito importante: a qualidade de vida. Este constructo enquadra-se na linha de avaliação dos resultados positivos do funcionamento humano, que não sendo uma novidade, tem sido revisitado recentemente por diversos autores no âmbito da designada *Psicologia Positiva*. Inverte-se assim a tendência para avaliar a adaptação e funcionamento humanos pelos seus resultados negativos.

O WHOQOL-Bref, tal como a versão longa que lhe está subjacente (WHOQOL-100) foi construído, por um grupo de peritos da OMS, tendo como base uma definição de qualidade de vida de natureza subjectiva, transcultural e multidimensional, e um protocolo metodológico rigoroso. Estes contornos históricos da construção do instrumento constituem pontos-fortes do WHOQOL-Bref e reflectem-se em diferentes aspectos da sua concepção e utilização.

Em primeiro lugar tornam-no um instrumento conceptualmente fundamentado; por outro lado, afastam-no de medidas baseadas em indicadores sociais da qualidade de vida e de outras medidas tradicionais relacionadas unicamente com a saúde. A sua essência transcultural permite ainda a comparabilidade dos resultados em estudos internacionais. Estes factos, associados à robustez psicométrica que o instrumento tem revelado na sua validação e utilização em diferentes culturas, é responsável pela grande divulgação que o WHOQOL tem tido, sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar qualidade de vida.

A versão breve do WHOQOL tem revelado características psicométricas adequadas (Saxena et al., 2001; Skevington et al., 2004; WHOQOL Group, 1998), tornando-se uma alternativa válida ao WHOQOL-100, sobretudo nas situações em que a versão longa seja de difícil aplicabilidade.

As informações relativas à precisão e validade da versão do WHOQOL-Bref para português Europeu evidenciam um bom desempenho psicométrico, tornando a prova uma medida adequada para avaliação da qualidade de vida em Portugal. Nesta linha, deve lembrar-se que as pontuações no WHOQOL-Bref discriminam indivíduos “saudáveis” e doentes.

6.2. Limitações

A versão para português Europeu do WHOQOL-Bref revelou alguma fragilidade na consistência interna do domínio *Relações Sociais*. Este resultado é análogo ao obtido noutros centros internacionais (Fleck et al, 2000; Min et al., 2002), sendo igualmente referido pelo Grupo WHOQOL nos estudos de comparação internacional (WHOQOL Group, 1998; Skevington et al., 2004). Tal poderá estar relacionado com o facto deste domínio se basear apenas em três itens, um número comparativamente menor ao número de itens que compõem os restantes domínios.

6.3. Desenvolvimento e estudos futuros

Variabilidades regionais, diferenças socioculturais e outros aspectos particulares serão estudados, brevemente, numa amostra maior. Estes dados permitirão realizar os estudos normativos do WHOQOL-Bref para a população portuguesa. Será igualmente desejável, à semelhança do realizado internacionalmente, o prosseguimento da condução de estudos em grupos específicos na população portuguesa.

7. Bibliografia fundamental

- Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M.R. Simões, M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol., pp. 95-110). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M.C. (presente volume). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, L.S. Almeida & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C., Cameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WH000L-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

WH000L Group (1994). Development of the WH000L: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

WH000L Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WH000L): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

WH000L Group (1998). Development of World Health Organization WH000L-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

8. Material

Questionário e procedimentos de aplicação e cotação.

9. Edição e distribuição

O WHOQOL-Bref e documentos relativos à sua aplicação e cotação são disponibilizados, mediante pedido formal aos coordenadores do Centro Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [para mais informações, cf. <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>].

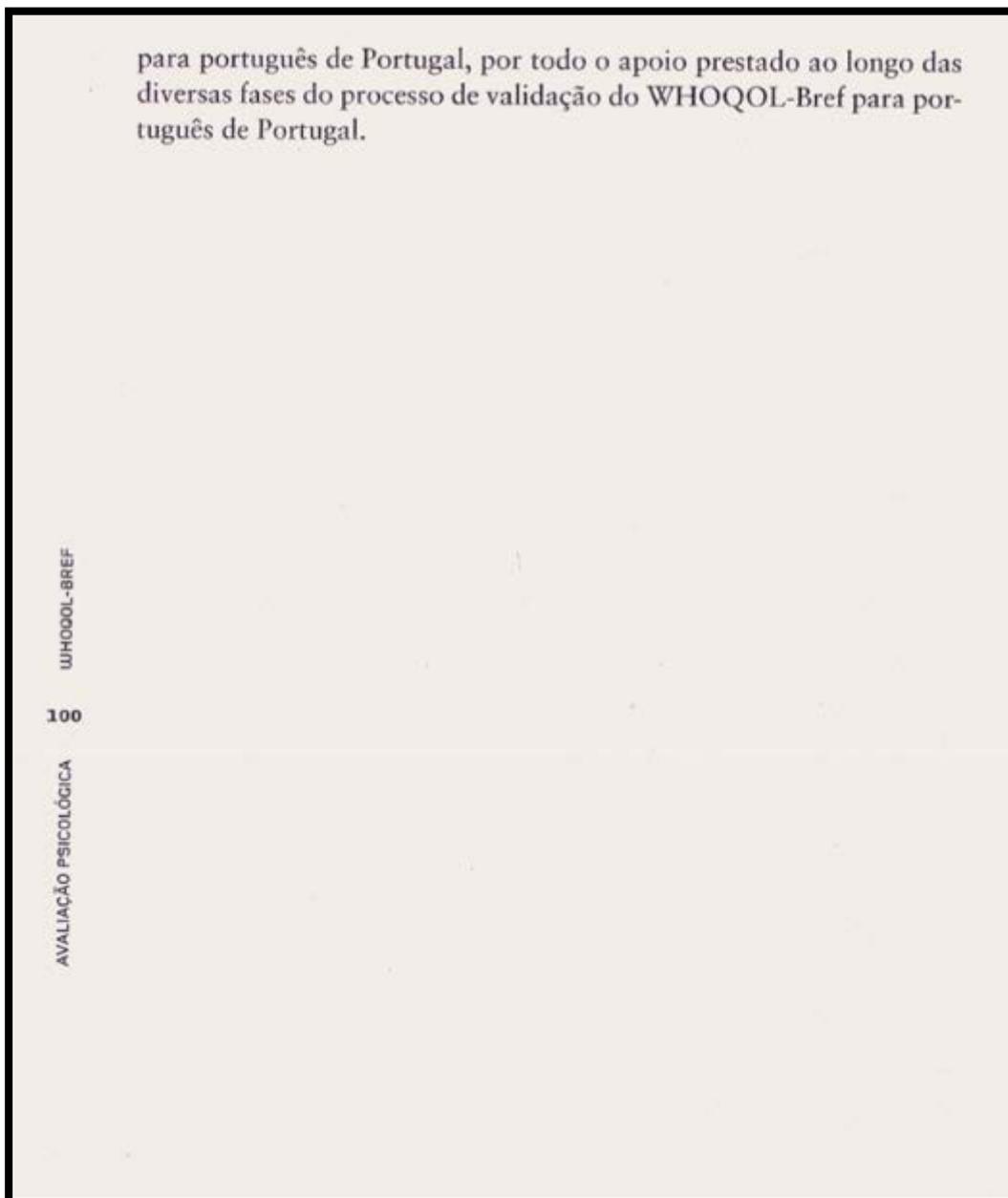
10. Contacto com os autores

Maria Cristina Canavarro. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo – Apartado 6153, 3001-802 Coimbra [endereço electrónico: mccanavarro@fpce.uc.pt]

Adriano Supardo Vaz Serra. Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra [endereço electrónico: adrianovs@netvisao.pt]

Agradecimentos. Os autores agradecem ao Grupo WHOQOL, em particular aos Professores Shekhar Saxena, Somnath Chatterji, Mark Van Ommeren e Debashish Chattopadhyay. Um agradecimento especial é dirigido ao Prof. Marcelo Fleck, coordenador do Centro Brasileiro da WHOQOL, consultor do projecto WHOQOL

para português de Portugal, por todo o apoio prestado ao longo das diversas fases do processo de validação do WHOQOL-Bref para português de Portugal.



ANEXO III– Emails do pedido de autorização para utilizar a escala traduzida

Instrumento WHOQOL-bref

 **Vanessa Antunes**
ter 11-04-2017 15:19
Para: mccanavarro@fpce.uc.pt
Cc: Joana Ferrer (joo.ferrer@hotmail.com); Catarina Justo (catarina.justo.01@gmail.com) ↗

 **Formulario.pdf**
122 KB

Transferir Guardar no OneDrive - Pessoal

Exma Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro,

Na sequência do estudo conducente ao trabalho final do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, vimos por este meio solicitar o acesso ao instrumento WHOQOL-Bref, e o envio do manual de aplicação e cotação e sintaxe para utilização em SPSS (conforme indicações em http://www.fpce.uc.pt/saude/documentos_qv.htm).

Enviamos em anexo o formulário disponível no site.

Agradecemos a disponibilidade e estamos ao dispôr para qualquer esclarecimento adicional.

Cordiais Cumprimentos,

**ATLÂNTICA**
UNIVERSITY HIGHER INSTITUTION
Saber para fazer

A. Vanessa Antunes
Coordenadora da Licenciatura de
Enfermagem

Tel.: +351 214 398 284
vantunes@uatlantica.pt
www.uatlantica.pt
Fábrica da Pólvora Barcarena
2730-036 Barcarena, Oeiras

ANEXO IV- Formulário do pedido de autorização

FORMULÁRIO WHOQOL *	
Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida	
1. Instrumento	
<input type="checkbox"/> WHOQOL - 100 <input checked="" type="checkbox"/> WHOQOL - brief	
2. Identificação do Estudo/Projecto	
Aplicação da escala de avaliação da qualidade de vida, WHOQOL-brief, na consulta de acompanhamento de transplantados renais do Hospital Curry Cabral, para sucessiva análise e divulgação dos dados obtidos no intuito da melhoria dos cuidados de Enfermagem para promoção da qualidade de vida destes utentes.	
3. Identificação do Investigador Responsável ou [para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese	
Nome: Prof. Doutora A. Vanessa Antunes	
Morada: Universidade Atlântica. Fábrica da Pólvora de Barcarena 2730-036 Barcarena, Oeiras	
Telefone: 933238638/ 214398284	
E-mail: vantunes@uatlantica.pt	
4. Identificação dos elementos da equipa do projecto	
Alunas do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica: Catarina Justo, 969345662, catarina.justo.01@gmail.com Joana Ferrer, 916882258, joo.ferrer@hotmail.com	
5. Objectivos do Projecto	
Considerando que o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da melhoria da qualidade de vida destes utentes, a aplicação da WHOQOL-brief a transplantados renais portugueses, permitiria do nosso ponto de vista: - Maior adequação da abordagem multidisciplinar ao transplantado renal em Portugal; - A comparação com os contextos e resultados internacionais; - Reflexão sobre programas de melhoria da qualidade de vida nestes utentes.	
6. Dados Metodológicos	
5.1. Tipo de população	
Foram considerados utentes transplantados renais e retransplantados renais, excluindo utentes com idade inferior a 18 anos e tempo mínimo de três meses pós-transplante.	
5.2. Tamanho da amostra	
40 participantes seleccionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.	
5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)	
Não aplicável	
Data: Terça-feira, 11 de Abril de 2017 Assinatura: 	
Enviar para: mccanavarro@pce.uc.pt	

ANEXO V – Email de disponibilização da escala e formas de utilização

De: Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>
Enviado: 12 de abril de 2017 11:31
Para: Vanessa Antunes
Assunto: Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref

Cara Vanessa Antunes,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Relações, Desenvolvimento & Saúde
www.fpce.uc.pt

Financiamento: Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (IPCDVS) – FPCEUC (Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde)

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida
Atenciosamente,
Cláudia Melo.

ANEXO VI- Síntese para utilização no pacote estatístico SPSS

Cotação do WHOQOL-Bref

A cotação do WHOQOL-Bref pode ser feita manualmente ou mediante recurso a uma sintaxe para o programa SPSS. Cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento.

Todos os itens são cotados de 1 a 5. Três itens, referentes a perguntas formuladas de forma negativa (Q3, Q4 e Q26), devem ser invertidos, o que para efeitos de cálculo, implica a subtração do seu valor a seis unidades.

O Centro de avaliação da Qualidade de Vida para português de Portugal, de acordo com as tendências actuais da OMS, optou por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

O *Domínio Físico* é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) - 7) / 28 \times 100$.

O *Domínio Psicológico* é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $((Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) - 6) / 24 \times 100$.

O *Domínio das Relações Sociais* é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $((Q20 + Q21 + Q22) - 3) / 12 \times 100$.

O *Domínio Ambiente* é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); o cálculo deste domínio faz-se de acordo com a fórmula seguinte: $((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) - 8) / 32 \times 100$.

A *Faceta geral* é composta por 2 itens (Q1, Q2); o cálculo desta faceta faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $(Q1 + Q2) - 1 / 8 \times 100$.

Naturalmente, que o cálculo dos domínios pode ser feito simplesmente somando todas os itens (facetadas) que dele fazem parte e dividindo pelo total de itens. Este processo dará um resultado na mesma escala que a escala de resposta (de 1 a 5) – nós não temos esses dados uma vez que a sintaxe do SPSS os converte automaticamente para a escala 0-100. Os resultados transformados, ainda que numa escala diferente são rigorosamente iguais, quer da escala de 1 a 5, quer da escala de 4 a 20, que se obtém através da multiplicação por 4 do resultado médio dos itens.

ANEXO VII- email com o conselho de administração

Exm^{as} Senhoras

Enfermeiras Joana Silva Catarina Justo e Joana Ferrer

Em resposta ao pedido de autorização para o estudo “Aplicação da Escala WHOQOL-brief a transplantados renais em Portugal” a seguir se transcreve a deliberação do Conselho de Administração:

· “O Conselho de Administração autoriza ...”.

Junto se envia o parecer da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Pinto

Secretariado do Conselho de Administração

Rua José António Serrano 1150-199 Lisboa

Telefones: 21 884 13 11/ Fax: 21 884 10 23



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL

Rua José António Serrano | 1150-199 Lisboa | Portugal

TEL +351 218 841 000

www.chlc.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



ANEXO VIII - Aprovação da comissão de ética para a saúde



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 10.03.2017

Processo n° 395/2017

Título: "Aplicação da Escala WHOQOL-breef a transplantados renais em Portugal"

Relator: Sandrina Bento

Investigadoras: Catarina Justo e Joana Ferrer (estudantes de 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem), com a orientação da Profª Doutora Vanessa Antunes

Local: Consulta de Transplante Renal do Hospital Curry Cabral

Objetivo: Aplicação da escala de avaliação da qualidade de vida, WHOQOL-breef a transplantados renais.

Amostra: 30 participantes seleccionados de acordo com os critérios de inclusão/exclusão

Crítérios de inclusão: transplantados e retransplantados renais

Crítérios de exclusão: utentes com idade inferior a 18 anos e tempo mínimo de transplante de 3 meses.

Processo de recolha de dados: questionário com 26 perguntas fechadas

Consentimento informado e esclarecido: texto de consentimento dirigido ao participante

Parecer do Responsável da Área/ Especialidade/Unidade: Parecer favorável do Director de Área, Professor Doutor Fernando Nolasco e da Srª Enfermeira Chefe, Eugénia Santos

Apresentação e divulgação do trabalho: Pretende-se a divulgação dos resultados na Revista Portuguesa de Saúde Pública e sob a forma de poster ou comunicação livre no Encontro da APEDT de 2017.

Apreciação: O projeto em análise sustenta a pertinência do tema e poderá trazer resultados que promovam uma melhoria da qualidade de vida do doente submetido a transplante renal. As investigadoras prevêm uma entrevista prévia com os responsáveis do serviço com o intuito de aferir as condições para a aplicação do questionário e seleção dos participantes. O texto de consentimento informado é objetivo, no entanto deve estar claro que a participação no estudo é voluntária e que a pessoa tem o direito de recusar sem que daí advenha qualquer prejuízo para si. Devem também constar os contactos das investigadoras e suas assinaturas. Salientamos que é direito do participante ficar na posse do consentimento informado escrito e dever das investigadoras facultar o mesmo.

Conclusão: O presente estudo não levanta questões do ponto de vista ético, respeita as normas de boa prática clínica, e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, pelo que se entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética



(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

