UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GRAZIELE APARECIDA CAETANO CALIL

Capacidade para o Trabalho e Expectativa sobre o Trabalho de pacientes em hemodiálise

RIBEIRÃO PRETO
2016

GRAZIELE APARECIDA CAETANO CALIL

Capacidade para o Trabalho e Expectativa sobre o Trabalho de pacientes em hemodiálise

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Profa. Dra. Luciana Kusumota

RIBEIRÃO PRETO
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Calil, Graziele Aparecida Caetano

Capacidade para o Trabalho e Expectativa sobre o Trabalho de pacientes em hemodiálise. Ribeirão Preto, 2016.

92 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Luciana Kusumota

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Diálise Renal. 3.Trabalho.

CALIL, Graziele Aparecida Caetano

Capacidade para o Trabalho e Expectativa sobre o Trabalho de pacientes em hemodiálise

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

*Aos meus pais (**José e Maria**), por transformarem os meus sonhos como seus, e por me fazerem acreditar que seria possível. Por entenderem que minha ausência seria momentânea. Pelos ensinamentos, valores, amor e o voto de confiança e por fim, por me tornarem quem realmente sou. Dedico também ao meu esposo, **Rodolfo,** por me acalmar e guiar nos momentos de euforia, cansaço e exaustão, quando eu achava que estava tudo perdido. Por fim, não menos especial, dedico aos meus colegas de trabalho, pelas trocas de plantões quando era preciso, pela paciência nos meus momentos de exaustão e por acreditarem no meu trabalho.*

"Mas de que ações más esta Humanidade teria podido se tornar culpada para merecer uma sorte tão triste, em seu presente e em seu futuro, se ela estava inteiramente relegada na Terra, e se a alma não tivesse tido outras experiências? Por que tanto entraves semeados em seu caminho? Por que essa porta é tão estreita, que é dada ao menor número transpor, se a sorte da alma está fixada para sempre depois da morte? É assim que, com a unicidade da existência, se está incessantemente em contradição consigo mesmo e com a justiça de Deus. Com a anterioridade da alma e a pluralidade dos mundos, o horizonte se amplia; a luz se faz sobre os pontos mais obscuros da fé; o presente e o futuro são solidários com o passado; então, somente, se pode compreender toda a profundeza, toda a verdade e toda a sabedoria das máximas do Cristo."

Allan Kardec

AGRADECIMENTOS

*À **Profa. Dra. Luciana Kusumota**, minha querida amiga e eterna orientadora, pelos seus ensinamentos e sabedoria, tornando o meu caminho iluminado e mais fácil, quando na verdade parecia sinuoso e difícil. Não posso deixar de dizer, que sem o seu aceite, eu não faria parte desta construção, então, muito obrigada.*

*À querida e amiga **Profa. Dra. Carla Teixeira**, que acreditou e confiou no meu potencial, desde o momento que a conheci.*

*À minha mãe **Mercedes**, que me deu essa oportunidade quando me colocou no mundo, mesmo hoje não mais presente, acreditou que eu seria a luz para iluminar o caminho dos meus queridos pais **José** e **Maria,** dando-lhes alegria e carinho e como forma de agradecimento entrego a eles este presente.*

*À pós-graduanda **Roberta**, pelo auxílio na digitação e correção dos dados. Nesse período, podemos nos aproximar e compartilhar experiências e sentimentos de angústias e alegrias. Obrigada.*

*À **Daiane Rosa**, pelo auxílio e agilidade nas análises estatísticas, pela compreensão da angústia e pelas trocas de experiências.*

*A todos os **docentes** e **funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da USP que contribuíram na construção diária, enquanto estudante e enfermeira.*

*Ao **João Silvestre da Silva-Junior** e à **Profa. Frida M Ficher**, pelo apoio na escolha e utilização do referencial teórico-metodológico.*

*À **Equipe da Diálise**, que teve paciência e compreensão nas inúmeras etapas da pesquisa, facilitando e colaborando, para que tudo desse certo.*

*Aos **pacientes** da Unidade de Diálise que confiaram no meu trabalho e compartilharam momentos das suas vidas, no momento da pesquisa, sem medo.*

A prece é um sustentáculo para a alma, porém, ela não basta: é preciso que esteja apoiada sobre uma fé viva na bondade de Deus. Frequentemente, Deus: "disse que não colocava fardos pesados em ombros fracos; o fardo é proporcional às forças como a recompensa será proporcional à resignação e à coragem; maior será a recompensa quanto à aflição não seja penosa; mas essa recompensa é preciso merecê-la, e é por isso que a vida está cheia de tribulações".

(KARDEC, 2007)

RESUMO

CALIL, G. A. C. **Capacidade para o Trabalho e Expectativa sobre o Trabalho de pacientes em hemodiálise**. 2016. 92f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A Doença Renal Crônica (DRC) e o tratamento por hemodiálise podem causar impacto negativo, relacionado às mudanças físicas, psicológicas, econômicas e ocupacionais, muitas vezes resultando em afastamento do trabalho e/ou aposentadoria precoce dos pacientes. O estudo teve como objetivos caracterizar os pacientes em tratamento por hemodiálise quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, do trabalho e clínicas; avaliar a Capacidade para o Trabalho e a Expectativa sobre o Trabalho; bem como analisar as relações entre as variáveis do estudo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa e com delineamento transversal, realizada com 121 pacientes em tratamento por hemodiálise em unidade de diálise de um hospital privado, no interior paulista. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, pela pesquisadora, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016. Foram utilizados os seguintes instrumentos de caracterização: o Índice de Capacidade para o Trabalho (TUOMI et al., 2005) e o instrumento de Expectativas sobre o Trabalho (SILVA-JUNIOR et al., 2016). Foram realizadas análises descritivas univariadas de frequência (absoluta e relativa), medidas de tendência central (média e mediana), de variação (mínimo, máximo) e de dispersão (desvio-padrão). Também foram geradas análises bivariadas (coeficientes de correlação de Pearson e gráficos de dispersão). A pesquisa atendeu aos procedimentos éticos, de acordo com a Resolução CNS 466/12, e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Parecer 182/2015. Dos resultados, participaram da pesquisa 121 pessoas, com idade entre 18 e 85 anos, sendo a maioria do sexo masculino (67,77%) e que morava com seus cônjuges/companheiros (61,16%). Grande parte dos pacientes tinha aposentadoria como principal fonte de renda (47,11%). O tempo de diagnóstico da DRC variou entre zero e 26 anos, e em hemodiálise variou entre zero e 15 anos. Dos 121, nove (7,43%) pacientes com idade entre 35 e 60 anos, do sexo masculino trabalhavam, no momento da coleta de dados. Em relação à Capacidade para o Trabalho, dos nove homens que trabalhavam, a classificação indicou que cinco (55,56%) pacientes tinham moderada; dois (22,22%), boa; e dois (22,22%), baixa Capacidade para o Trabalho. Os pacientes das categorias moderada e boa Capacidade para o Trabalho apresentaram também melhores Expectativas sobre o Trabalho (5,40; 5,09, respectivamente). Quanto à Expectativa sobre o Trabalho, dos 121 participantes, os escores encontrados foram marginalmente medianos para ambos os sexos, com 3,75 para os homens e 2,92 para as mulheres. Foi encontrada correlação positiva entre as Expectativas sobre o Trabalho e anos de estudo (p=0,0002) e correlação inversa entre Expectativa sobre o Trabalho e o número de complicações clínicas

(p=0,0005) dos pacientes participantes do estudo. Concluindo, destaca-se o pequeno e exclusivo grupo de homens em hemodiálise que trabalhava. Os pacientes com moderada e boa Capacidade para o Trabalho apresentaram melhor Expectativa sobre o Trabalho, sugerindo a manutenção de aspectos positivos relacionados aos dois constructos e, possivelmente, melhores condições e/ou motivações individuais e sociais. Este estudo derivou resultados importantes para reflexões e pode auxiliar no planejamento para o retorno dos pacientes em hemodiálise ao trabalho.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Trabalho.

Abstract

CALIL, G. A. C. **Work Ability and Return to Work Self-Efficacy in hemodialysis patients.** 2016. 92 f. Dissertation (Master's) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The Chronic Kidney Disease (CKD) and hemodialysis treatment can cause a negative impact related to the physical changes, psychological, economic and occupational, often resulting in absence from work and/or early retirement of patients. The study aimed to characterize patients on hemodialysis treatment regarding to the sociodemographic, economic, labor and clinics variables; evaluate the capacity for work and the expectation about work; as well as analyze the relationship between the variables of this study. This is a descriptive, quantitative and cross-sectional design research, performed with 121 patients being treated by hemodialysis in the dialysis unit of a private hospital in São Paulo. Data collection was performed through interviews, the researcher, from December 2015 to February 2016.The following characterization instruments were used: the Work Ability Index (TUOMI et al., 2005) and the instrument of "Return to work self-efficacy – RTW-SE" (SILVA-JUNIOR et al., 2016). Univariate descriptive analysis of frequency were performed (absolute and relative), measures of central tendency (mean and median), range (minimum, maximum) and dispersion (standard deviation). There were also generated bivariate analysis (Pearson correlation coefficient and scatter plots).The study met the ethical procedures, according to CNS Resolution 466/12, and the project was approved by the Research Ethics Committee, as Opinion 182/2015. From the results, took part in the survey 121 people, aged 18 to 85 years, the majority of males (67.77%) and who lived with their spouse / partner (61.16%).Most patients had retirement as the main source of income (47.11%). The CKD diagnosis ranged from zero to 26, and in hemodialysis varied between zero and 15 years. From the 121, nine (7.43%) male patients aged between 35 to 60 years, were working at the time of the data collection. Regarding the work ability, on the nine working men, the classification indicated that five (55.56%) patients had moderate; two (22.22%), good; and two (22.22%), low work ability. Patients of moderate and good categories work ability had also had better return to work self-efficacy (5.40, 5.09, respectively). As for the return to work self-efficacy of the 121 participants, the finding scores were marginally median, with 3.75 for men and 2.92 for women. There was a positive correlation between the return to work self-efficacy and years of study ($p = 0.0002$) and an inverse correlation between return to work self-efficacy and the number of clinical complications ($p = 0.0005$) of patients in the study. In conclusion, stands out the small and exclusive group of men on hemodialysis working. Patients with moderate to good work ability had better return to work self-efficacy, suggesting the maintenance of areas related to both constructs and possibly better conditions and/or individual and social motivations. This study derived important results for reflections

and may assist in planning for the return of hemodialysis patients to work.

Key words: Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis; Work.

RESUMEN

CALIL, G. A. C. **Capacidad para el Trabajo y Expectativa sobre el Trabajo de pacientes en hemodiálisis.** 2016. 92p. Tesis (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2016.

La insuficiencia renal crónica (IRC) y el tratamiento por hemodiálisis pueden causar un impacto negativo y que está relacionado a los cambios físicos, psicológicos, económicos y laborales, que muchas veces es resultado de un alejamiento en el trabajo y/o jubilación precoz de los pacientes. El estudio tuvo como objetivo caracterizar los pacientes en tratamiento con hemodiálisis en relación a las variables sociodemográficas, económicas, laborales y clínicas; evaluar la Capacidad para el Trabajo y la Expectativa sobre el Trabajo; así como analizar las relaciones entre las variables de estudio. Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y con delineamiento transversal, realizado con 121 pacientes en tratamiento con hemodiálisis en una unidad de diálisis de un hospital privado, en el interior de São Paulo. La recolección de los datos fue realizada por medio de entrevistas, por la investigadora, en el periodo de diciembre de 2015 a febrero de 2016. Fueron utilizados los siguientes instrumentos de caracterización: el Índice de Capacidad para el Trabajo (TUOMI et al., 2005) y el instrumento de Expectativas sobre el Trabajo (SILVA-JUNIOR et al., 2016). Fueron realizados los análisis descriptivos univariados de frecuencia (absoluta y relativa), medidas de tendencia central (media y mediana), de variación (mínimo, máximo) y de dispersión (desviación estándar). También fueron realizados análisis bivariados (coeficientes de correlación de Pearson y gráficos de dispersión). La investigación respeto los procedimientos éticos, de acuerdo con la Resolución CNS 466/12, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, según el informe 182/2015. De los resultados, participaron 121 personas, con edad entre 18 y 85 años, siendo la mayoría del sexo masculino (67.77%) y que vivía con sus cónyuges/compañeros (61.16%). Gran parte de los pacientes tenían jubilación como principal fuente de ingresos económicos (47.11%). El tiempo de diagnóstico del IRC vario entre cero y 26 años, y en hemodiálisis vario entre cero y 15 años. De los 121, nueve (7.43%) pacientes con edad entre 35 a 60 años, del sexo masculino trabajaban, en el momento de la recolección de los datos. En relación a la Capacidad para el Trabajo, de los nueve hombres, que trabajaban, la clasificación indico que cinco (55.56%) pacientes tenían moderada; dos (22.22%) baja Capacidad para el Trabajo. Los pacientes de las categorías moderada y buena Capacidad para el Trabajo presentaron también mejores Expectativas sobre el Trabajo (5.40; 5.09, respectivamente). En relación a la Expectativa sobre el Trabajo, de los 121 participantes, las puntuaciones encontradas fueron marginalmente medianas para ambos sexos, con 3.75 para los hombres y 2.92 para las mujeres. Fue encontrada una correlación positiva entre las Expectativas sobre el Trabajo y años de estudio (p=0.0002) y correlación inversa

entre las Expectativas sobre el Trabajo y el número de complicaciones clínicas (p=0.0005) de los pacientes participantes del estudio. Concluyendo, se destaca el pequeño y exclusivo grupo de hombres en hemodiálisis que trabajaba. Los pacientes con moderada y buena Capacidad para el Trabajo presentaron mejor Expectativa sobre el Trabajo, sugiriendo el mantenimiento de aspectos positivos relacionados a los dos constructos y, posiblemente, mejores condiciones y/o motivaciones individuales y sociales. Este estudio demuestra resultados importantes para reflexiones y puede auxiliar en el planeamiento para el retorno de los pacientes en hemodiálisis para el trabajo.

Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal; Trabajo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma das etapas da pesquisa e seleção dos participantes..... 41

Figura 2 Gráficos de dispersão dos testes de correlação entre os escores de Expectativas sobre o Trabalho e variáveis sociodemográficas e clínicas..... 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características sociodemográficas e econômicas dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016..... 46

Tabela 2 Características clínicas dos 121 pacientes que realizam o tratamento de hemodiálise. Jaboticabal - SP, 2016..... 47

Tabela 3 Características clínicas dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016.... 47

Tabela 4 Complicações clínicas relacionadas à DRC autorreferida, pelos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016..... 48

Tabela 5 Comorbidades autorreferidas pelos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016..... 49

Tabela 6 Características socioeconômicas e do trabalho dos 121 pacientes em tratamento de hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016..... 50

Tabela 7 Características do trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal-SP, 2016..... 51

Tabela 8 Características sociodemográficas dos nove pacientes que realizavam tratamento por hemodiálise e trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016 52

Tabela 9 Características do trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal-SP, 2016..... 52

Tabela 10 Características relacionadas ao trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016..... 54

Tabela 11 Categorização da Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016..... 54

Tabela 12 Escores de Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016..... 55

Tabela 13 Estatística descritiva das variáveis idade, complicações clínicas, comorbidades, tempo de diagnóstico da Doença Renal Crônica e tempo de início em hemodiálise, segundo as categorias de Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016..... 56

Tabela 14 Expectativa sobre o Trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise. Jaboticabal - SP, 2016..... 58

Tabela 15 Escores de Expectativa sobre o Trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal- SP, 2016..... 60

Tabela 16 Coeficiente de Correlação de Pearson entre o escore médio de Expectativas sobre o Trabalho e variáveis sociodemográficas e clínicas. Jaboticabal - SP, 2016..... 61

LISTA DE ABREVIATURAS

CDL	Cateter Duplo Lúmen
CTL	Cateter Triplo Lúmen
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes *mellitus*
DP	Diálise Peritoneal
dp	Desvio-padrão
DRC	Doença Renal Crônica
EPO	Eritropoietina
FAV	Fístula arteriovenosa
GNC	Glomerulonefrite Crônica
h	hora
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Índice de capacidade para o trabalho
Kdigo	*Kidney disease: improving global outcomes*
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
pmp	Por milhão da população
p-valor	p-valor do teste
RTW	Return to work
RTW-SE	Return to work self-efficacy
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPC	Síndrome das pernas cansadas
SRAA	Sistema renina-angiotensina
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TO	Terapeuta Ocupacional

TRS	Terapia Renal Substitutiva
Tx	Transplante

SUMÁRIO

1.	**INTRODUÇÃO……..**	**19**
1.1	A Doença Renal Crônica e a hemodiálise.....	20
1.2	Aspectos do trabalho e a Doença Renal Crônica.....	25
1.3	A Expectativa sobre o Trabalho e a Capacidade para o Trabalho	28
2.	**OBJETIVOS……**	**31**
3.	**MATERIAL E MÉTODO.....**	**33**
3.1	Delineamento do estudo.....	34
3.2	Local do estudo.....	34
3.3	Participantes do estudo	36
3.4	Instrumentos de coleta de dados.....	36
3.5	Coleta de dados.....	39
3.6	Análise de dados.....	42
3.7	Aspectos éticos.....	42
4.	**RESULTADOS.....**	**44**
4.1	Características sociodemográficas, econômicas e clínicas dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise.....	45
4.2	Características sociodemográficas, de trabalho e Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam.....	51
4.3	Expectativa sobre o Trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise.....	57
5.	**DISCUSSÃO.....**	**64**
6.	**CONCLUSÃO.....**	**72**
	REFERÊNCIAS.....	**76**
	APÊNDICES.....	**82**
	ANEXO.....	**91**

1.INTRODUÇÃO

1.1 A Doença Renal Crônica e a hemodiálise

A Doença Renal Crônica (DRC), segundo o *Kidney Disease Improving Global Outcomes*/Kdigo (2012) de Kirsztajn et al. (2014), é caracterizada a partir de anormalidades de estrutura e/ou funções dos rins que persistem por três meses ou mais, com implicação para a saúde. De acordo com as Diretrizes sobre DRC, o diagnóstico é feito com base na taxa de filtração glomerular (TFG), menor que 60 mL/min./1,73m² por, pelo menos, três meses consecutivos. O estadiamento da DRC atualmente segue as categorias: Estágio 1 (TFG ≥ 90 mL/min./1,73 m^2) com presença de proteinúria e hematúria; Estágio 2 (TFG 60 a 89 mL/min./1,73m^2); Estágio 3A (TFG 45 a 59 mL/min./1,73m^2); Estágio 3B (TFG 30 a 44 mL/min./1,73m^2); Estágio 4 (TFG 15 a 29 mL/min./1,73m^2); Estágio 5 (TFG <15 mL/min./1,73m^2).

De acordo com o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2014, o número estimado de pacientes em diálise, em 2014, foi de 112.004, o que caracteriza um aumento de 20 mil pacientes, nos últimos quatro anos. No Brasil, foi estimado que 36.548 pacientes iniciaram o tratamento por diálise em 2014, correspondendo à taxa de incidência de 180 pacientes pmp. No que tange ao diagnóstico da doença renal primária, foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (35%), Diabetes *mellitus* (DM) (29%), seguidos por glomerulonefrite crônica (GNC) (11%), rins policísticos (4%) e outros diagnósticos (11%) (SESSO et al., 2016).

Ainda que o atendimento à saúde tenha melhorado ao longo do tempo e atualmente a população brasileira tenha políticas de saúde pública favoráveis aos cuidados preventivos e agravos à saúde, a expectativa é de que a taxa de incidência de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) continue aumentando, em razão das principais doenças de base, dentre elas o DM e a HAS; além de outros fatores como o sexo masculino, a etnia negra, a idade avançada, o tabagismo, o uso de nefrotoxinas, a diminuição de massa renal, a anemia, as doenças renais proteinúricas, a presença de DRC na família e outros fatores de risco cardiovasculares (síndrome metabólica, dislipidemia, obesidade, estado inflamatório crônico e disfunção endotelial) (KIRSZTAJN et al., 2014; TAAL; BRENNER, 2006).

Em relação ao tratamento da DRC, a hemodiálise (HD) continua sendo a

modalidade mais utilizada na atualidade (SESSO et al., 2016). É realizada por meio de uma máquina, capaz de propiciar as condições de depuração do sangue, controlar a ultrafiltração e ser tecnicamente segura (RIELLA, 2010). Os métodos hemodialíticos são modalidades de tratamento que permitem a filtração do líquido extracelular e a remoção de toxinas urêmicas, esse processo ocorre dentro do dialisador (filtro), onde o sangue do paciente é exposto a uma solução de diálise (dialisato) que contém concentração do plasma de um indivíduo normal. Por processo de difusão e ultrafiltração, as moléculas de água, as toxinas e os solutos presentes nas duas soluções (sangue e dialisato) passam pela membrana semipermeável através dos poros, ocorrendo a filtração (FERMI, 2010).

A sessão de HD é realizada em clínicas especializadas, no mínimo três sessões por semana com duração de aproximadamente três a quatro horas cada sessão. Para isso o paciente necessita se deslocar até a unidade de diálise onde é cadastrado, no horário determinado pela instituição, seja por meio de transporte municipal ou particular. A sessão de HD requer monitorização e avaliação do paciente e é realizada pela equipe multiprofissional especializada. Dentre os cuidados da equipe de enfermagem prestados estão: a avaliação dos pacientes, elaboração e implementação de plano de cuidados, com instalação do procedimento hemodialítico, monitoramento do estado geral e verificação dos sinais vitais periodicamente, controle do peso antes e após a sessão, orientações e ações educativas. Os cuidados supracitados são registrados no prontuário de cada paciente, para acompanhamento do tratamento (FONSECA; LIMA, 2009).

Para a realização de HD, são necessários: o acesso vascular, o dialisador, os equipamentos (máquinas de hemodiálise), a disponibilidade de água tratada, as soluções de diálise, as linhas de sangue, a heparinização, além da equipe capacitada. Dentre os acessos vasculares temporários estão os cateteres venosos duplo lúmen (CDL) ou triplo lúmen (CTL), usados para o tratamento de HD, enquanto o acesso definitivo não estiver disponível para o uso. Os locais mais comuns para inserção do cateter são as veias, jugular interna, femoral e subclávia. O cateter é implantado pelo médico por meio de técnica asséptica com anestesia local e fixada por fios cirúrgicos. A manipulação deste acesso durante a HD é realizada pela equipe de enfermagem com técnica asséptica, no final da sessão é realizado o curativo no local de inserção do cateter. As complicações mais comuns dos pacientes que fazem uso de CDL e CTL são as infecções no local de saída, com

ou sem bacteremia e presença de secreção purulenta ao redor da inserção do cateter e a obstrução do cateter por coágulos, diminuindo o fluxo durante a HD, tais condições são fatores que justificam a remoção do cateter (FERMI, 2010).

O acesso definitivo mais usado na atualidade é a Fístula Arteriovenosa (FAV). De acordo com Fermi (2010), a confecção da FAV é realizada por um cirurgião vascular e consiste na criação de uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia adjacente, é a maneira mais segura e mais duradoura de acesso vascular permanente. A fístula é criada geralmente no braço não dominante, a fim de prevenir qualquer incapacidade funcional que possa ocorrer.

Deve ser confeccionada tão distalmente quanto possível, movendo-a no sentido proximal do braço à medida que o acesso falha e tem de ser refeito. Quando esgotados todos os locais do braço não dominante, a próxima opção será o braço dominante (BESARAB; RAJA, 2003).

A maturação da FAV demora cerca de 30 a 40 dias, ao longo deste tempo o ramo venoso da fístula se dilata, e as paredes se espessam, ao realizar exercícios, o que possibilita a inserção repetida das agulhas de diálise. As complicações mais comuns com este tipo de acesso são: fluxo baixo, tendo como causa mais comum a obstrução parcial do ramo venoso em razão de fibrose secundária e múltiplas punções; a trombose que ocorre por baixo do fluxo na FAV, desidratação, hipotensão grave ou hipercoagulabilidade; a isquemia da mão que é mais comum em pacientes que já têm a circulação comprometida, como os diabéticos e pessoas idosas com aterosclerose; o pseudoaneurisma do ramo venoso causado pelo constante extravasamento de sangue após a remoção das agulhas; as infecções que são raras mas, quando ocorrem, têm origem estafilocócica e precisam ser tratadas com antibiótico (FERMI, 2010).

A substituição da função renal por uma máquina é imperfeita, podendo surgir o aparecimento de sinais e sintomas a longo prazo, decorrentes de alterações orgânicas não corrigidas ou surgidas no processo. Durante a HD, o paciente pode apresentar: instabilidade vascular, hipotensão arterial, cefaleia intensa, náusea e câimbras, todas associadas à retirada de solutos e água do organismo. Em relação à DRC, a longo prazo, o paciente poderá desenvolver outras complicações, tais como as cardiopatias, as doenças vasculares periféricas, a intoxicação por alumínio, a imunodepressão e a neoplasia renal (LARA; SARQUIS, 2004).

De acordo com Fermi (2010), o grande avanço tecnológico tem garantido

a sobrevida do paciente com DRC em diálise, porém algumas complicações podem surgir ao longo do tratamento como é o caso da anemia, em razão da ausência da eritropoietina, da deficiência de ferro, de vitamina B12 e por perdas sanguíneas. Com a fabricação artificial da eritropoetina como um medicamento para a correção da anemia, houve a modificação substancial na qualidade de vida dos pacientes.

As manifestações musculoesqueléticas também são complicações graves que acometem os pacientes que realizam HD, pois com os rins incapazes de promover a regulação da homeostase mineral, há o surgimento de alterações no esqueleto (osteodistrofias), que é uma denominação utilizada para todos os tipos das doenças ósseas. Na DRC, o hiperparatireoidismo secundário aparece em razão da hipocalcemia decorrente dos níveis reduzidos de calcitriol. A osteomalacia surge por um defeito grave de mineralização óssea, causada pelo déficit de vitamina D ativa e por intoxicação por alumínio. A restrição dietética e a anorexia contribuem para a baixa ingestão de vitamina D, mas com a reposição precoce da vitamina D, a osteomalacia tem se tornado menos comum nos pacientes com DRC. A intoxicação por alumínio: pode ocorrer no paciente com DRC, se a água utilizada para hemodiálise for tratada inadequadamente, ou quando o paciente utiliza o quelante de fósforo à base de alumínio em excesso. A amiloidose: é o depósito de β2-microglobulina aumentada no paciente, após vários anos de tratamento de diálise, porque a produção de β2-microglobulina é muito maior do que a remoção. A presença de ombro doloroso, síndrome do túnel do carpo, contratura em flexão dos dedos das mãos, dedo em gatilho, ruptura espontânea do tendão, hemartrose e fraturas patológicas podem confirmar a β2- amiloidose, sem outra causa aparente (KAY; HANO, 2003).

Das alterações hormonais, a mulher com a DRC tem uma diminuição da depuração renal de prolactina, e com o aumento desse hormônio surge a hiperprolactinemia, tendo como consequência a alteração menstrual, infertilidade, diminuição da libido. Enquanto nos homens, ocorrem a diminuição da potência sexual e a infertilidade decorrente da diminuição ou por falta de testosterona (FERMI, 2010).

O prurido é uma manifestação comum no paciente com DRC, em razão das toxinas urêmicas circulantes, ocasionado pelos elevados níveis de cálcio-fósforo na corrente sanguínea ou mesmo pela alergia à heparina, hipersensibilidade ao dialisador. Em alguns pacientes, o prurido é tão intenso que causa lesões na pele,

acometendo a face, o tronco e os membros (BREGMAN; DAUGIRDAS; ING, 2003; FERMI, 2010).

Os sintomas gastrointestinais são comuns em pacientes com DRC, a anorexia é um sintoma inespecífico, porque pode estar associado à uremia, ou a várias outras causas relacionadas ao processo de diálise como, por exemplo, náuseas e vômitos durante a HD, assim como pode estar associado à hipotensão em razão da remoção rápida de líquidos em pacientes com ganho excessivo de peso interdialítico, ou mesmo por um processo patológico gastrointestinal, causado por úlceras pépticas, doenças do refluxo gastroesofágico, gastrite e duodenite. Pode estar relacionado com o uso de medicamentos necessários nos pacientes em diálise, tal como: os quelantes de fósforo ou suplemento de ferro. A constipação é uma causa multifatorial que pode estar associada à restrição de líquidos e dietética além do uso de medicamentos como analgésicos (LEW et al., 2003).

Os distúrbios do sono são comuns em pacientes em diálise. As queixas mais frequentes são: problemas para começar a dormir ou permanecer dormindo e/ou despertar frequentemente. Fadiga diurna ou sonecas não planejadas, tanto que a sonolência diurna pode afetar a função cognitiva, interferir nas atividades da vida diária e comprometer a qualidade de vida. A síndrome das pernas cansadas (SPC) é uma queixa subjetiva, os pacientes descrevem como uma sensação irritante e profunda nos músculos da perna, especialmente na panturrilha, e só conseguem alívio se movimentarem as pernas e os pés. Essa sensação pode aparecer mesmo em repouso, geralmente antes do seu horário de deitar. Estudos polissonográficos (do sono) de pacientes com DRC têm demonstrado uma incidência alta de apneia do sono e movimentos periódicos das pernas durante o sono, esses achados podem estar presentes em pacientes com ou sem queixas de distúrbio do sono (BENZ; PRESSMAN, 2003).

A DRC e o seu tratamento também podem desencadear alterações de ordem psicossocial na vida dos pacientes. Segundo Kimmel e Levy (2001), os problemas psicológicos mais importantes encontrados nos pacientes em diálise são: depressão, demência, distúrbios relacionados ao uso de drogas e álcool, ansiedade e distúrbios de personalidade. Em relação às alterações sociais, ocorrem: o isolamento social, afastamento do trabalho, impossibilidade de passeios e viagens em razão da periodicidade às sessões de HD, afastamento dos amigos, diminuição da frequência às festas, decorrente da restrição de líquidos e da alimentação.

Dificuldades relativas à ocupação e à reabilitação são preocupações contínuas, tanto para os pacientes quanto para a equipe, e são esperadas.

Além das alterações físicas e psicossociais relacionadas à DRC, aspectos inerentes às modalidades de tratamento têm influência na qualidade de vida do paciente, em especial, relacionada ao trabalho que este paciente realizava antes de adoecer. Na DRC, a representação do trabalho não está pautada apenas como uma fonte de renda, mas também como uma fonte de satisfação pessoal e de socialização. A HD é uma modalidade de tratamento que tem uma rotina bastante restritiva em razão do procedimento dialítico e pela própria doença, em que muitas vezes obrigam esses pacientes a deixarem seus vínculos empregatícios e consequentemente a uma aposentadoria precoce (SANTOS; FRAZÃO, 2012).

Quando o paciente com DRC mantém sua rotina, sua independência, sua função dentro da família, tem maiores chances de se sentir capaz e responsável por aquele núcleo, apesar de doente. Contribuir com as despesas da casa proporciona satisfação, além de demonstrar superação, mantendo ou até melhorando sua autoestima (SANTOS; FRAZÃO, 2012).

1.2 Aspectos do trabalho e a Doença Renal Crônica

No mundo, ocorreram muitas mudanças relacionadas do trabalho, as quais modificaram suas formas de organização, tais como o desaparecimento de empregos permanentes e o surgimento de novas tecnologias. Há uma dicotomia, na qual, enquanto milhares de pessoas sofrem por falta de uma vaga de trabalho, outras pessoas sofrem por trabalhar excessivamente. O trabalho tem papel importante na sociedade, por propiciar relações entre pessoas, criar vínculos, possibilitar a ocupação do tempo, evitar o tédio e dar objetivos à vida (MORIN, 2001).

O trabalho pode ser considerado um meio de emancipação, no qual o salário do indivíduo remete a sua independência; por meio de suas atividades, o trabalho amplia o seu potencial e fortalece sua identidade, de modo que as relações no trabalho consolidam sua identidade social; e seus resultados permitem que contribua com o mundo, dando sentido à sua existência (MORIN, 2001).

Para Souto (2004) e Lara e Sarquis (2004), o trabalho é o esforço que o homem faz na prática de sua capacidade física e mental, a fim de atingir seus objetivos, utilizando aspectos éticos. Todo homem tem direito a um trabalho digno, para a sua realização e para sua subsistência e da sua família pela qual é responsável. Porém o homem só consegue ser produtivo, se tiver razoáveis condições físicas, mentais e sociais para a contemplação integral do trabalho.

Existem condições relacionadas ao próprio homem que podem interferir e prejudicar o desempenho do trabalho, a exemplo a DRC que determina alterações de natureza diversa na vida do paciente. Lara e Sarquis (2004), em seu estudo realizado em um Centro de Hemodiálise de Curitiba com 43 pacientes, mencionam que os pacientes não conseguem manter a atividade laboral após o início do tratamento, pois referem dificuldades em manter a jornada de trabalho. A maioria dos pacientes era aposentada por invalidez, outros estavam aguardando a aposentadoria ou recebiam auxílio-doença. Concluíram que o tratamento por hemodiálise afeta a vida dos pacientes e compromete a capacidade funcional, com destaque daqueles economicamente ativos na sociedade.

Um estudo prospectivo, realizado com 38 centros de diálise holandeses, avaliou as mudanças relacionadas aos empregos de pacientes em diálise por um período de um ano, após o início do tratamento, investigando variáveis demográficas, clínicas, físicas e psicossociais e o risco da perda do emprego neste período. Foram incluídos 659 pacientes, com idades entre 18 e 65 anos. Na primeira etapa do estudo, 31% dos pacientes em hemodiálise estavam empregados e, após 12 meses, apenas 25% continuaram empregados. Dos pacientes em diálise peritoneal, 48% tinham emprego na primeira etapa do estudo e 40% se mantinham empregados após 12 meses. Mencionam a descontinuidade no trabalho e relacionam aos prejuízos no funcionamento físico e psicossocial (MANEN et al., 2001).

Há muitas implicações econômicas associadas à DRC que influenciam e acentuam o comportamento dos agentes econômicos no mercado de trabalho, associadas à diminuição das horas trabalhadas, aos menores salários, à aposentadoria precoce, à saída do mercado de trabalho, à inclusão antecipada no programa de transferência de renda, dentre outros aspectos. Essa conexão atinge não somente o paciente, mas também a sua família (GODOY; NETO; RIBEIRO, 2006).

O transplante renal é uma modalidade de tratamento para a DRC e tem como proposta minimizar os limites impostos pela terapia dialítica e possibilitar o retorno para o trabalho. Entretanto o percentual de pacientes que são reinseridos no mercado de trabalho é muito pequeno. Um relato de experiência de uma terapeuta ocupacional em um ambulatório de transplante renal menciona que há um comprometimento do desempenho ocupacional dos pacientes, durante o tratamento dialítico, que perdura após o transplante, afetando o seu retorno para o mercado de trabalho. O foco da reabilitação da terapia ocupacional está na manutenção dos vínculos com atividades produtivas e a reintegração na sociedade, reduzindo os custos sociais com o tratamento (CARDOSO; CAVALCANTE; MIRANDA, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), dentre elas a DRC, além de serem as principais causas de mortes prematuras no mundo, acarretam, com sua cronicidade, prejuízos na qualidade de vida, causando limitação nas atividades de trabalho e de lazer, e têm desencadeado um impacto financeiro importante para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, aumentando por si só a pobreza no Brasil (BRASIL, 2011). Os custos dos tratamentos das DCNTs são muito altos. A avaliação feita pela OMS, para o Brasil, sugere condutas econômicas importantes, decorrentes da perda precoce de produtividade no trabalho e da diminuição da renda familiar, causadas pelas quatro DCNTs, perdas estas, estimadas em 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015 (MALTA et al., 2011).

A DRC tem afetado o comportamento do ser humano no mercado de trabalho de maneira decisiva, afastando precocemente em razão da doença e do tratamento, frequentemente até excluindo do mercado de trabalho. Os pacientes com idades entre 15 e 49 anos, em tratamento dialítico, se mantêm na fila de espera do transplante renal e com atividades econômicas reduzidas, até que sejam transplantados e só então têm maiores chances de retornar às atividades de trabalho, essa espera pode perdurar cerca de três anos ou mais. A HD, que é feita em três sessões semanais com duração de três a quatro horas a sessão, reduz significativamente o tempo disponível para o trabalho e para outras atividades, prejudicando a participação do paciente no mercado de trabalho (GODOY; NETO; RIBEIRO, 2006).

De acordo com a pesquisa de Santos e Frazão (2012), realizada com 24 pacientes em hemodiálise no hospital universitário de Pernambuco, que avaliou o

impacto na qualidade de vida dos trabalhadores em HD, eles concluíram que o tratamento impõe limitações físicas, impedindo até mesmo a realização de atividades do cotidiano. Trabalhar é importante, mesmo para as pessoas com DRC, não só pelo retorno financeiro, mas pela integração social, e estar sem emprego reflete prejuízos na qualidade de vida. Por fim, é necessário pensar em novas propostas de intervenções e estratégias para os pacientes com DRC e direcionar a assistência multiprofissional para o condicionamento físico, para a manutenção dos movimentos e da força motora, estimulando o autocuidado sempre.

O apoio à reinserção dos pacientes com DRC no mercado de trabalho é um desafio para a equipe de profissionais que trabalha em diálise, assim como a melhoria e adequação da hemodiálise para estes pacientes, mantendo-os em boas condições físicas, mentais e sociais para o desempenho das atividades do cotidiano.

1.3 A Expectativa sobre o Trabalho e a Capacidade para o Trabalho

A licença médica e a saída precoce do mercado de trabalho têm causado efeitos devastadores para as pessoas e na sociedade. Saber lidar com esses fatores e estar motivado são preditivos para tentar o retorno ao trabalho (ODÉEN; KRISTENSEN; URSIN, 2009).

Para Hauge e Thune (2008), 50% das pessoas que se afastam por doença por um período de oito semanas ou mais, dificilmente retornam ao trabalho. Esse estudo foi realizado por meio de um banco de dados norueguês, com base nos registros dos trabalhadores, afastamento por doença e seus rendimentos monetários anuais. As 357.726 pessoas já tinham registro por afastamentos, sendo 61% do sexo feminino e 12.600 já apresentavam alguma deficiência (45% de origem muscular e 20% com transtornos mentais).

Segundo Lie et al. (2008), o processo para o retorno ao trabalho definitivo dos trabalhadores afastados por doença por longo período é demorado porque intercala com os afastamentos com auxílio de benefício de segurança social e o retorno parcial. Portanto é um desafio avaliar o retorno ao trabalho, após o processo de reabilitação. Esse estudo avaliou 584 pacientes, 66% da amostra eram mulheres, com idade média de 44 anos; 47% dos doentes tinham alterações psicológicas,

46%, lesões musculoesqueléticas e 7%, outros diagnósticos. Esta população foi acompanhada por um período de cinco anos. Para os trabalhadores que estavam de licença médica parcial, houve uma tendência maior para o retorno ao trabalho em tempo integral nos primeiros três anos, em relação aos trabalhadores que estavam com afastamento integral, pois intercalavam entre o trabalho e os diferentes benefícios.

O retorno ao trabalho tem sido estudado enquanto um constructo importante que avalia subjetivamente as potencialidades e expectativas das pessoas para retomar às atividades de trabalho. O instrumento construído para avaliar este constructo é o "Return to work self-eficacy (RWE)", traduzido e validado para o português do Brasil como o instrumento de "Expectativas sobre o Trabalho", contém questões que remetem às perspectivas e às percepções de autoeficácia das pessoas para o retorno ao trabalho (LAGERVELD et al., 2010; SILVA-JUNIOR et al., 2016). Este instrumento tem sido utilizado em pesquisas com pacientes com transtornos mentais comuns e por lesões musculoesqueléticas, mas entende-se que pode ser aplicado em pacientes com DRC em tratamento por hemodiálise, diante das semelhanças por afastamento precocemente do trabalho acerca da doença e do tratamento.

Além da Expectativa sobre o Trabalho, outro constructo relevante e inter-relacionado às questões do trabalho é a Capacidade para o Trabalho, que remete à capacidade física e mental, apresentada pelo trabalhador, para a execução das tarefas exigidas no trabalho. Estudo realizado na Finlândia menciona que a Capacidade para o Trabalho recebe influência de maneira importante, do ambiente de trabalho e do estilo de vida, nos mais variados contextos laborais (TUOMI et al., 1997).

De acordo com Tuomi et al. (2005), a Capacidade para o Trabalho é embasada no bem-estar da pessoa, no entanto ela não permanece satisfatória, portanto tem a característica de ser dinâmica, ao longo do tempo. O conceito do próprio trabalhador em relação a sua capacidade para o trabalho é tão importante quanto as avaliações feitas por especialista, determinando outra característica deste constructo, a subjetividade.

O instrumento proposto que avalia este constructo é o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). É utilizado por empresas como forma de apoio para os trabalhadores, normalmente é aplicado assim que o trabalhador ingressa

nas atividades, como um mediador para as tarefas de trabalho, a fim de manter ou propor medidas preventivas na manutenção da capacidade para o trabalho. Pois investir na manutenção da capacidade para o trabalho e capacidade funcional tem sido uma grande vantagem, já que produz resultados positivos em curto prazo (TUOMI et al., 2005).

Fischer et al. (2005) conduziram uma pesquisa realizada com 996 funcionários de enfermagem, na qual aplicaram o ICT e consideraram o escore <37 pontos da Capacidade para o Trabalho inadequada, enquanto >37 pontos adequada. A maioria dos funcionários era do sexo feminino (87,8%), tinha menos que 40 anos (67,4%), foi inserida no mercado de trabalho antes de 18 anos (59,4%), era auxiliar e técnico de enfermagem (77,6%) e só tinha um emprego (68,5%). Houve alta prevalência da perda de Capacidade para o Trabalho com escore <37 pontos, relacionada aos muitos estressores do ambiente de trabalho que podem afetar a saúde dos trabalhadores, para tanto é preciso realizar intervenções ambientais e organizacionais, a fim de melhorar a Capacidade para o Trabalho desses trabalhadores em idade produtiva.

A Capacidade para o Trabalho é um preditor importante que tem consistência significativa para identificar mudanças na capacidade para o trabalho do trabalhador e ao mesmo tempo sugerir mudanças para melhorar e modificar esse quadro de maneira positiva, seja para trabalhador saudável ou mesmo para trabalhadores em situação vulnerável (TUOMI et al., 2005), como é o caso dos pacientes com DRC e que trabalham.

Enfim, ao longo das últimas décadas do século passado e do atual, podem ser percebidos muitos avanços tecnológicos em diálise e que têm garantido a maior sobrevida do paciente com DRC, melhorando gradativamente as condições de saúde dessas pessoas, mas os aspectos relacionados ao trabalho destes pacientes ainda carecem de investigações e investimentos para identificar precocemente os prejuízos e melhorar a Expectativa sobre o Trabalho e a Capacidade para o Trabalho destes pacientes. Diante do exposto, foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa: Quais são as características sobre o trabalho dos pacientes em hemodiálise, como é a Expectativa sobre o Trabalho destes pacientes, qual é a Capacidade para o Trabalho daqueles que continuam trabalhando e qual a relação entre estas variáveis?

2.OBJETIVOS

- Caracterizar, quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos, do trabalho e clínicos, os pacientes em tratamento por hemodiálise em uma unidade de diálise de um hospital privado, no interior paulista;

- Avaliar a Capacidade para o Trabalho dos pacientes que trabalhavam, segundo o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT);

- Avaliar a Expectativa sobre o Trabalho de todos os participantes, segundo o instrumento de Expectativas sobre o Trabalho (RTW-SE);

- Analisar a relação entre a Capacidade para o Trabalho, variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (número de complicações clínicas e de comorbidades, tempo de diagnóstico da DRC e de início em hemodiálise) e Expectativa sobre o Trabalho destes pacientes;

- Analisar a relação entre a Expectativa sobre o Trabalho e variáveis sociodemográficas (idade, anos de estudo, idade que começou a trabalhar, idade em que se aposentou) e clínicas (número de complicações clínicas e de comorbidades, tempo de diagnóstico da DRC e de início em hemodiálise) destes pacientes.

3.MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e com delineamento transversal, realizada com pacientes com DRC em tratamento por hemodiálise, em um hospital privado do interior do Estado de São Paulo.

As pesquisas descritivas têm a finalidade de descrever as características de determinada população ou fenômeno e/ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Entre as pesquisas descritivas, estão as que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, dentre outros aspectos (GIL, 2002).

A pesquisa quantitativa se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados. Pode ser aplicada em situações quando é exigido um estudo exploratório para o conhecimento aprofundado de um problema ou objeto de pesquisa; quando é necessário um diagnóstico inicial de uma situação; em estudos experimentais; em estudos de análise de desempenho e nas auditorias da qualidade do desempenho profissional e dos recursos institucionais (FIGUEIREDO, 2007).

3.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Diálise do Hospital São Marcos, em Jaboticabal-SP.

O Hospital São Marcos (HSM) é uma instituição privada que presta atendimentos de média complexidade. A Unidade de Diálise está localizada dentro do hospital e disponibiliza o tratamento de hemodiálise para Jaboticabal e municípios da região dentre eles, Monte Alto, Aparecidinha de Monte Alto, Guariba e Córrego Rico. A Unidade de Diálise atende pacientes do SUS e de planos particulares de saúde.

De acordo com um levantamento interno referente ao mês de novembro de 2015, estavam inscritos 141 pacientes em tratamento crônico por hemodiálise, divididos em cinco grupos: três que realizam o tratamento de segunda, quarta e

sextas-feiras, nos períodos entre 06h00min e 10h00min, 11h00min e 15h00min e 16h00min e 20h00min. E dois grupos de pacientes que realizam o tratamento de terça, quinta-feira e sábados entre 06h00min e 10h00min, e 11h00min e 15h00min. As idades destes pacientes variavam entre 15 e 85 anos, e havia seis pacientes com sorologia positiva para hepatite C e um paciente para HIV. Frequentemente os pacientes realizavam o tratamento três vezes por semana, com duração de quatro horas por sessão, porém há algumas exceções de prescrição para os pacientes críticos, em que a sessão de hemodiálise pode variar de 02h30min a 03h30min, conforme as condições clínicas dos pacientes.

No que tange à equipe profissional de diálise, todos são contratados pelo HSM, porém todos os técnicos de enfermagem recebem capacitação pelas enfermeiras da Unidade de Diálise e, após a aprovação, permanecem fixos no setor. A equipe é composta por dois médicos nefrologistas e um nefropediatra; três enfermeiras assistenciais e especialistas em nefrologia e uma enfermeira responsável técnica; 34 técnicos de enfermagem; um assistente social; um nutricionista; um psicólogo e uma secretária.

A Unidade de Diálise tem disponível 33 máquinas de hemodiálise e sistema de tratamento de água do tipo purificação e osmose reversa. O tratamento da água é monitorado por equipe específica composta por uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um engenheiro químico.

O serviço de diálise também é responsável por promover hemodiálise em pacientes críticos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do próprio HSM e do Hospital Santa Izabel - HSI (Hospital Municipal). Para tanto há uma equipe, um sistema de osmose reversa portátil e uma máquina disponível para os atendimentos nas UTIs. Os pacientes que estão internados na Clínica Médica do HSI são transportados para a Unidade de Diálise para o tratamento.

A regulação dos pacientes provenientes do SUS é feita pela assistente social via Secretaria de Saúde de Jaboticabal. Nos demais municípios são regulados os pedidos de vaga via Secretaria Regional de Saúde, Secretaria de Saúde de Jaboticabal sob consulta de vaga no HSM, após liberação de vaga para agendamento do dia e horário fixo do paciente.

3.3 Participantes do estudo

A população do estudo foram os pacientes em tratamento crônico por hemodiálise. A amostra foi composta por pacientes atendidos na Unidade de Diálise, no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016 e que atenderam aos critérios de seleção:

Critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de DRC em hemodiálise, capazes de ouvir e responder a perguntas.

Critérios de exclusão: pacientes com alterações físicas e/ou psicológicas agudas e hospitalizados, no período da coleta de dados.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica e clínica

O instrumento para caracterizar os pacientes foi adaptado de Kusumota (2005) e do módulo inicial do Índice de Capacidade para o Trabalho (TUOMI et al. 2005), a fim de responder aos objetivos deste estudo. Tais instrumentos contêm aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos (APÊNDICE A).

- Variáveis sociodemográficas e econômicas: idade, sexo, escolaridade, estado conjugal, ocupação anterior e atual, presença e tempo de vínculo formal, atividades laborais desenvolvidas, turno e carga horária de trabalho, renda individual e familiar, habilidades exigidas para o trabalho.

- Variáveis clínicas: tempo de diagnóstico da DRC, tempo de hemodiálise, realização anterior de outro tipo de diálise, complicações físicas associadas à DRC e à diálise, uso de medicações, causa etiológica da DRC, comorbidades e realização de transplante renal anterior.

Ressalta-se que, para investigar a variável ocupação, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego, Brasil (2010) que classifica o trabalho em nove grupos, sendo eles: grupo 0 (membros das forças armadas, policiais e bombeiros), grupo 01 (membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes), grupo 02 (profissionais das ciências e das artes), grupo 03 (técnicos de nível médio), grupo 04 (trabalhadores de serviços administrativos), grupo 05 (trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, grupo 06 (trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca), grupo 07 (trabalhadores da produção de bens e serviços industriais), grupo 08 (trabalhadores da produção de bens e serviços industriais) e 09 (trabalhadores em serviços de reparação e manutenção). O grupo 10 inclui todas as ocupações que não se enquadram nos grupos anteriores (BRASIL, 2010).

Em relação às ocupações dos 121 pacientes nos respectivos grupos da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego, seguiram a seguinte representação: no grupo 01 (gerente de serviços e gerente de recursos humanos), no grupo 02 (funcionário do Tribunal da Justiça, supervisor de engenheiro mecânico, assessor da Câmara Municipal, procurador jurídico), grupo 03 (auxiliar de enfermagem, técnico em pesquisa, técnico agrícola, inspetor de alunos), grupo 04 (bancário, gerente bancário, escriturário, almoxarifado, secretária), grupo 05 (policial militar, faxineira, saqueiro, líder de vigilante, atendente de caixa de mercado, comerciante, manicure, serviços gerais, cozinheira, vigia, cuidadora, frentista, vigilante), grupo 06 (agricultor, trabalhador rural), grupo 07 (operador de máquinas agrícolas, soldador, tratorista, analista de sistema, motorista, analista de teste (sistema), servente de pedreiro, operador de máquinas, caminhoneiro, costureira, tecelã, ceramista, montador de estrutura de ferro, ilustrador, pedreiro, serralheiro), grupo 08 (operador de injetor de borracha), grupo 09 (líder de manutenção elétrica, mecânico, eletricista de auto), grupo 10 (estudante, do lar).

Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT

O ICT é um instrumento que avalia, segundo a percepção do trabalhador, o quanto ele é capaz de realizar bem seu trabalho, considerando as exigências

físicas e mentais de trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador (TUOMI et al., 2005; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009). Foi construído por autores da Finlândia e validado para o português do Brasil por um grupo de pesquisadores e estudantes de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP. A versão brasileira apresenta propriedades psicométricas satisfatórias quanto à validade de constructo, de critério e de confiabilidade, portanto é um instrumento apropriado para avaliação da capacidade para o trabalho, em abordagens individuais (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

É um instrumento que possibilita avaliar e detectar precocemente alterações em trabalhadores em atividade e realizar o acompanhamento dessas pessoas, direcionando medidas preventivas. A escolha deste instrumento foi pautada na busca de uma avaliação sobre a capacidade dos pacientes em hemodiálise para o trabalho, considerando, dentre outras, as suas restrições físicas, psicológicas e de tempo relacionadas à DRC e ao tratamento hemodialítico. Neste estudo, a aplicação do ICT foi feita aos pacientes participantes do estudo que trabalhavam, no momento da coleta de dados.

O instrumento é composto por dez questões agrupadas em sete dimensões: 1. Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida; 2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho; 3. Número atual de doenças autorreferidas e diagnosticadas por médico; 4. Perda estimada para o trabalho devido a doenças; 5. Faltas ao trabalho por doenças; 6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho e 7. Recursos mentais (TUOMI et al., 2005).

As instruções para cálculo do escore foram descritas em um manual que contém o instrumento e as demais informações relevantes sobre o mesmo (TUOMI et al. 2005).

Os escores variam entre 07 e 49, sendo que o resultado retrata o conceito do trabalhador sobre sua própria capacidade para o trabalho. As categorias de interpretação dos resultados seguem a classificação: escore entre 7-27 são classificados com capacidade baixa para o trabalho; entre 28-36 capacidade moderada; entre 37-43 capacidade boa e entre 44-49 ótima capacidade para o trabalho (TUOMI et al., 2005; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

Instrumento de Expectativas sobre o Trabalho

Esse instrumento é aplicável às pessoas que estejam ou não trabalhando, para mensurar as expectativas sobre o trabalho. É composto por um conjunto de 11 itens com seis possibilidades de respostas em uma escala tipo Likert, variando de discordo totalmente a concordo totalmente. Sendo que os itens 2, 6 e 9 têm a escala invertida de respostas. Para obtenção dos resultados, são calculados os escores médios entre os 11 itens que podem variar entre um e seis (LAGERVELD et al., 2010; SILVA-JÚNIOR et al., 2016).

A seleção deste instrumento para utilização no estudo justificou-se pela necessidade de investigar questões relacionadas às perspectivas e percepções de autoeficácia dos pacientes para o retorno ao trabalho, diante da situação vivenciada no dia a dia de restrições físicas, psicológicas e de tempo relacionadas à DRC e ao tratamento hemodialítico. Neste estudo, a aplicação do instrumento de Expectativas sobre o Trabalho foi feita a todos os 121 pacientes participantes do estudo.

Da interpretação, quanto mais próximo de um, pior é a expectativa para o trabalho, enquanto tanto mais próximo do seis, maior é a expectativa sobre o trabalho. Para responder a este instrumento, é solicitado à pessoa que se imagine indo trabalhar no dia seguinte e que identifique suas expectativas em relação a esta experiência, considerando seu atual estado emocional e de saúde (LAGERVELD et al., 2010; SILVA-JÚNIOR et al., 2016).

3.5 Coleta de dados

Foi realizado um levantamento prévio do número de pacientes que realizavam tratamento por hemodiálise na Unidade de Diálise de Jaboticabal. Em seguida, com a lista de nomes em mãos, foi dada sequência para a abordagem dos pacientes e a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora na clínica de diálise, sendo que a pesquisa foi apresentada aos pacientes que atendiam aos critérios de seleção, e os mesmos foram convidados a participar do estudo.

As entrevistas foram realizadas durante as duas horas iniciais de uma sessão de hemodiálise, na sala de hemodiálise, em um dos dias de realização do tratamento. Para tanto, a pesquisadora sentou-se ao lado da cadeira do paciente, a fim de preservar a privacidade para a entrevista. Todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora em forma de entrevista com duração média de 35 minutos.

O período de coleta dos dados foi de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016. Os dados sobre causa etiológica, diagnósticos e uso de medicações foram coletados do prontuário médico.

A seguir, apresenta-se o fluxograma das etapas de seleção dos pacientes, conforme período de coleta e critérios de inclusão e exclusão e o total de participantes da pesquisa.

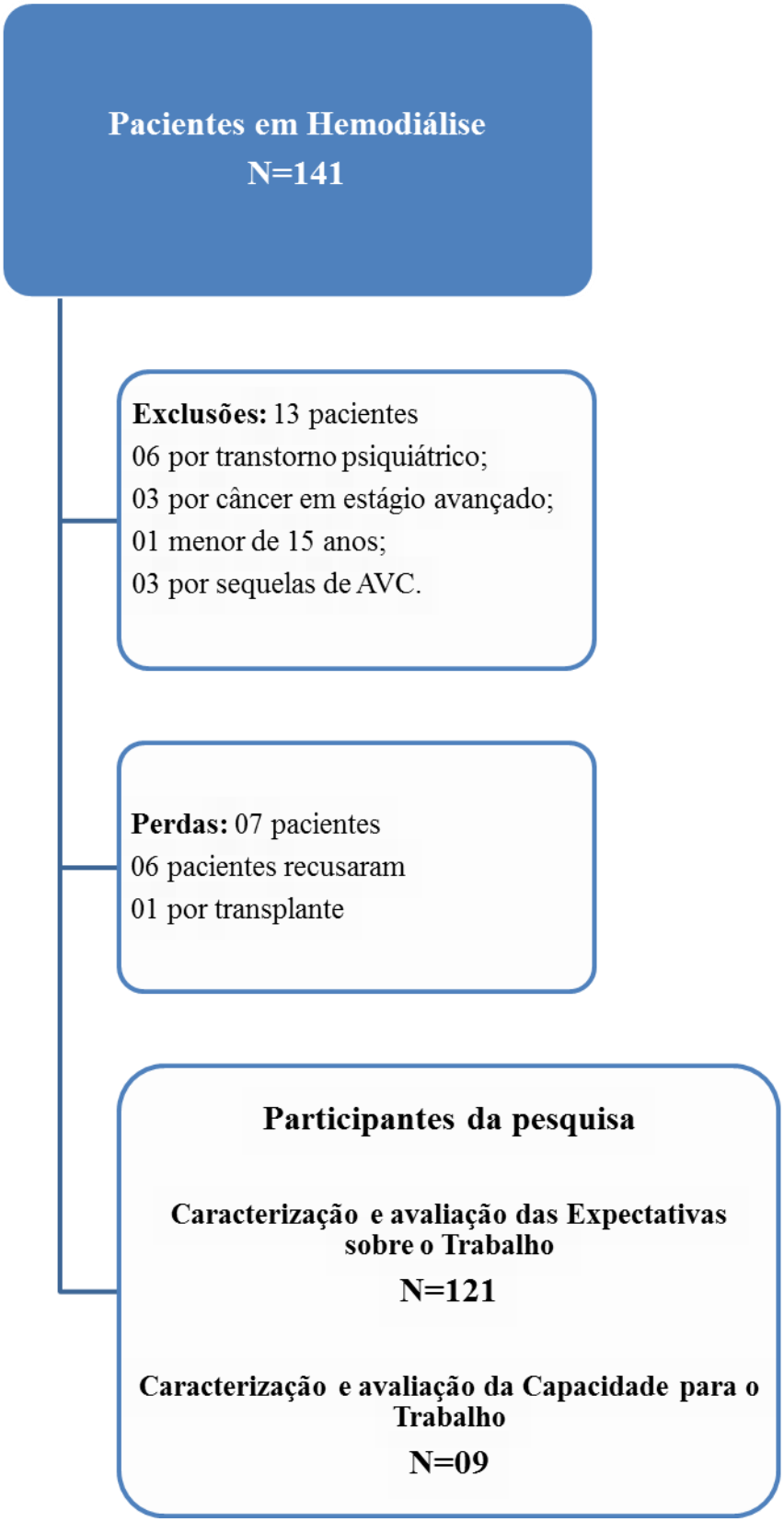


Figura 1- Fluxograma das etapas da pesquisa e seleção dos participantes

3.6 Análise de dados

Para a análise de dados, foi criada uma planilha no programa Excel® for Windows, realizada a dupla digitação, validação e conferência de dados. Os dados foram importados para o programa estatístico SAS Institute Inc., versão 09, no qual foram geradas as análises.

Foram realizadas análises descritivas univariadas, para as variáveis categóricas foram geradas as análises de frequências absolutas(n) e relativas(%); para as variáveis quantitativas contínuas foram geradas as medidas de tendência central (média e mediana), de variação (mínimo, máximo) e de dispersão (desvio-padrão).

Também foram geradas análises de frequência bivariada para analisar a correlação entre as Expectativas sobre o Trabalho e variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, anos de estudo, idade que começou a trabalhar, complicações clínicas, comorbidades, tempo de diagnóstico e tempo de hemodiálise). Para tanto, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson e realizados os gráficos de dispersão (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Para interpretação dos coeficientes de correlação de Pearson, utilizou-se como referência, Polit (1996):

- $0 \leq |rs| < 0,3$ = correlação fraca;
- $0,3 \leq |rs| < 0,7$= correlação moderada;
- $0,7 \leq |rs| \leq 1$= correlação forte.

O nível de significância adotado neste estudo foi de 5%.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida, após autorização e concordância do serviço (APÊNDICE B). Foram solicitadas autorizações para uso dos instrumentos (APÊNDICES C e D). O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

em 11 de novembro de 2015, conforme Parecer número 182/2015 (ANEXO A).

No momento da abordagem para a apresentação da pesquisa, foi realizado o convite para participação e apresentados os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). Depois do aceite, foi solicitado que o paciente assinasse o TCLE em duas vias, sendo que uma foi entregue ao paciente e a outra arquivada pela pesquisadora. Os procedimentos éticos deste estudo estão de acordo com a Resolução 466/12 sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas, econômicas e clínicas dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise

Participaram da pesquisa 121 pacientes, sendo 82 (67,77%) do sexo masculino e 39 (32,23%) do sexo feminino. Em relação à idade, variou entre 18 e 85 anos, sendo que a média de idade do sexo masculino foi de 54,01 (dp=15,35) e do sexo feminino, 56,59 (dp= 14,34) anos.

Foi observado que a maioria dos pacientes morava com seus cônjuges ou companheiros(as) 74 (61,16%). Em relação à situação conjugal, 20 (16,53%) nunca se casaram, 13 (10,74%) eram divorciados(as) e 14 (11,53%) eram viúvos(as).

Das características socioeconômicas, a fonte de renda de 57(47,11%) era a aposentadoria, destes 44 (36,36%) eram do sexo masculino e 13(10,74%) do sexo feminino. Outras fontes de renda autorrelatadas foram, pensão (12; 9,92%), sendo 4(3,31%) homens e 8(6,61%) mulheres, e, ainda, seis participantes, todos homens (4,56%), tinham trabalho próprio (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016

Variáveis sociodemográficas	Masculino	Feminino	Total
Idade (média/desvio-padrão)	54,01 (15,35)	56,59 (14,34)	
Anos de Estudo (média/desvio-padrão)	7,58 (4,44)	6,06 (3,95)	
Participantes (N/%)	82 (67,77%)	39 (32,23%)	121 (100%)
Estado conjugal atual (N/%)			
Nunca casou	16 (13,22)	4 (3,31)	20 (16,53)
Mora com esposo(a)	52 (42,98)	22 (18,18)	74 (61,16)
Divorciado(a)	8 (6,61)	5 (4,13)	13 (10,74)
Viúvo(a)	6 (4,96)	8 (6,61)	14 (11,57)
Fonte de Renda* (N/%)			
Aposentadoria	44 (36,36)	13 (10,74)	57 (47,11)
Pensão	4 (3,31)	8 (6,61)	12 (9,92)
Aluguel	7 (5,79)	0 (0,00)	7 (5,79)
Trabalho próprio	6 (4,96)	0 (0,00)	6 (4,96)
Doações	1 (0,83)	0 (0,00)	1 (0,83)
Auxílio-doença	1 (0,83)	18 (14,88)	19(15,71)
Mesada	1 (0,83)	0 (0,00)	1(0,83)
Afastamento por doença	3 (2,47)	0 (0,00)	3(2,47)

*Admite mais de uma resposta

Em relação à caracterização clínica, dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, o tempo de início nesta modalidade variou entre dois e 15 anos. E o tempo de diagnóstico da DRC apresentou a média de 6,57(dp=6,25) anos para os homens e 4,97(dp=5,12) anos para mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas dos 121 pacientes que realizam o tratamento de hemodiálise. Jaboticabal - SP, 2016

Variáveis clínicas (em anos)	**N**	**Média**	**Desvio-Padrão**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**
Tempo de diagnóstico da Doença Renal Crônica						
Masculino	82	6,57	6,25	0,00	4,00	26,00
Feminino	39	4,97	5,12	0,00	4,00	24,00
Tempo de início em hemodiálise						
Masculino	82	3,11	3,45	0,00	2,00	15,00
Feminino	39	2,74	3,14	0,00	2,00	15,00

Dos 121 pacientes, somente cinco (4,13%) realizaram diálise peritoneal prévia à hemodiálise, e apenas quatro (3,31%) pacientes do sexo masculino realizaram transplante renal, tendo sido dois (1,65%) com doador vivo e dois (1,65%) com doador falecido. Dos 121 pacientes, apenas 42 (34,71%) eram candidatos ao transplante renal, no momento da coleta de dados.

A média de medicamentos utilizados por paciente em tratamento por hemodiálise foi de 5,32 (2,91) para os homens e 5,36 (2,25) para as mulheres (Tabela 3).

Tabela 3 - Características clínicas dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016

Variáveis clínicas	**Sexo**		**Total**
	Masculino	**Feminino**	
Tratamento anterior (N/%)			
Diálise peritoneal	5 (4,13)	1 (0,82)	6 (4,95)
Transplante renal	4 (3,31)	0 (0,00)	4 (3,31)
Nº de medicações **Média (desvio-padrão)**	5,32 (2,91)	5,36 (2,25)	10,68 (5,16)

A respeito das complicações clínicas relacionadas à DRC, as mais relatadas foram anemia (87; 71,9), fraqueza (66; 54,55), câimbras (61; 50,41%) e constipação intestinal (61; 50,41%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Complicações clínicas relacionadas à DRC autorreferida, pelos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016

Complicações clínicas*	Sexo		
	Masculino	**Feminino**	**Total**
	N(%)	**N(%)**	**N(%)**
Anemia	54 (44,63)	33 (27,27)	87 (71,90)
Fraqueza	45 (37,19)	21 (17,36)	66 (54,55)
Cãimbras	39 (32,23)	22 (18,18)	61 (50,41)
Constipação intestinal	37 (30,58)	24 (19,83)	61 (50,41)
Pressão baixa	33 (27,27)	20 (16,53)	53 (43,80)
Cefaleia	34 (28,10)	19 (15,70)	53 (43,80)
Prurido	40 (33,06)	13 (10,74)	53 (43,80)
Arritmia cardíaca	24 (19,83)	17 (14,05)	41 (33,88)
Pressão alta	22 (18,18)	18 (14,88)	40 (33,06)
Perda de peso	21 (17,36)	15 (12,40)	36 (29,75)
Ganho de peso	27 (22,31)	9 (7,44)	36 (29,75)
Dor	17 (14,05)	17 (14,05)	34 (28,10)
Outras	12 (9,95)	8 (6,63)	20 (16,53)
Infecções repetitivas	11 (9,09)	7 (5,79)	18 (14,88)
Infertilidade	2 (1,65)	3 (2,48)	5 (4,13)

*Admite mais de uma resposta

As comorbidades, mais citadas pelos pacientes, foram hipertensão arterial sistêmica (97; 80,17%), déficit visual (91; 75,21%), Diabetes *mellitus* (55; 45,45%) e catarata (41; 33,88%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Comorbidades autorreferidas pelos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016

Comorbidades*	Sexo		
	Masculino	**Feminino**	**Total**
	N(%)	**N(%)**	**N(%)**
Hipertensão arterial sistêmica	62 (51,24)	35 (28,93)	97 (80,17)
Déficit visual	57 (47,11)	34 (28,10)	91 (75,21)
Diabetes *mellitus*	35 (28,93)	20 (16,53)	55 (45,45)
Catarata	27 (22,31)	14 (11,57)	41 (33,88)
Insuficiência cardíaca	23 (19,01)	12 (9,92)	35 (28,93)
Varizes	13 (10,74)	15 (12,40)	28 (23,14)
Déficit auditivo	20 (16,53)	6 (4,96)	26 (21,49)
Osteopatias	10 (8,26)	10 (8,26)	20 (16,53)
Doença cerebrovascular	12 (9,92)	4 (3,31)	16 (13,22)
Infarto do miocárdio	9 (7,44)	6 (4,96)	15 (12,40)
Outras	8 (6,61)	4 (3,32)	12 (9,92)
Doença autoimune	2 (1,65)	4 (3,31)	6 (4,96)
Neoplasia benigna	6 (4,96)	0 (0,00)	6 (4,96)
Neoplasia maligna	4 (3,31)	1 (0,83)	5 (4,13)
Hepatite C	4 (3,31)	1 (0,83)	5 (4,13)
Pericardite	1 (0,83)	3 (2,48)	4 (3,31)

*Admite mais de uma resposta

Em relação às características do trabalho, as idades médias em que os participantes começaram a trabalhar foram: 12,45 (dp=3,86) anos para os homens e 13,97 (dp=3,71) anos para as mulheres. Porém apenas nove homens (7,5%) continuaram trabalhando, durante o tratamento por hemodiálise (Tabela 6).

A idade média de aposentadoria dos 57 pacientes que tinham esta condição foi de 51,95 (dp=9,96) anos para os homens e 51,54 (dp=11,10) anos para as mulheres. Enquanto a renda média individual em reais era de 2.872,38 (dp=3.839,22) para os homens e 1.716,85 (dp=2.768,50) para as mulheres. Já a renda familiar correspondia a 4.229,56 (dp=4.430,54) para homens e 3.393,50 (dp=3.064,03) para mulheres.

Tabela 6 – Características socioeconômicas e do trabalho dos 121 pacientes em tratamento de hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal - SP, 2016

Variáveis	**Sexo**	
	Masculino **Média (desvio-padrão)**	**Feminino** **Média (desvio-padrão)**
Idade que começou a trabalhar	12,45 (3,86)	13,97 (6,71)
Idade da aposentadoria	51,95 (9,96)	51,54 (11,10)
Renda mensal individual	2.872,38 (3.839,22)	1.716,85 (2.768,50)
Renda mensal familiar	4.229,56 (4.430,54)	3.393,50 (3.064,03)

Conforme o referencial usado, o Manual de Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego Brasília (2010), as ocupações anteriores e atuais, autorrelatadas pelos pacientes em tratamento por hemodiálise, obtiveram representações em todos os grupos da classificação.

No que tange à ocupação anterior, dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, três (2,48%) não tinham ocupação. No entanto, tiveram destaque os grupos: grupo 05 com 32 (26,45%) pacientes, destes, 15 (12,40%) eram homens e 17 (14,05%) mulheres, o grupo 06 que tinha 21 (17,36%) pacientes, sendo 11 (9,09%) homens e 10 (8,26%) mulheres, o grupo 07 com 33 (27,27%) pacientes no qual, 31 (25,62%) eram homens e 2 (1,65%), mulheres (Tabela 7).

Tabela 7 – Características do trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal-SP, 2016

Ocupação anterior		Sexo		
		Masculino	**Feminino**	**Total**
		N(%)	**N(%)**	**N(%)**
Grupos	Sem ocupação	3 (2,48)	0 (0,00)	3 (2,48)
01	Membro superior do poder público, dirigentes de organizações de interesse público de empresas, gerentes	2 (1,65)	0 (0,00)	2 (1,65)
02	Profissionais das ciências e das artes	6 (4,96)	0 (0,00)	6 (4,96)
03	Técnicos de nível médio	3 (2,48)	2 (1,65)	5 (4,13)
04	Trabalhadores de serviços administrativos	5 (4,13)	4 (3,31)	9 (7,44)
05	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	15 (12,40)	17 (14,05)	32 (26,45)
06	Trabalhadores agropecuários, florestais e de pesca	11 (9,09)	10 (8,26)	21 (17,36)
07	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	31 (25,62)	2 (1,65)	33 (27,27)
08	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	1 (0,83)	0 (0,00)	1 (0,83)
09	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	4 (3,31)	0 (0,00)	4 (3,31)
10	Outros	1 (0,83)	4 (3,31)	5 (4,13)

4.2 Características sociodemográficas, de trabalho e Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam

A seguir, estão apresentados os resultados das características sociodemográficas, da Capacidade para o Trabalho dos nove (7,43%) pacientes que trabalhavam. Em relação à idade destes pacientes, variou entre 35 e 60 anos, com média de 48,11(dp=7,8) anos. A idade média em que estes pacientes começaram a trabalhar foi de 13,33(dp=3,04) anos. Em relação aos anos de estudo, a média foi de 10,33(dp=5,52) anos. A maioria morava com companheiro (a) (6; 66,67%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Características sociodemográficas dos nove pacientes que realizavam tratamento por hemodiálise e trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016

	Média	**Desvio-padrão**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**
Idade	48,11	7,80	35,00	47,00	60,00
Anos de estudo	10,33	5,52	3,00	11,00	19,00
Idade que começou a trabalhar	13,33	3,04	8,00	14,00	18,00
Estado conjugal (N/%)					
Nunca se casou	1 (11,11)				
Morava com companheiro(a)	6 (66,67)				
Divorciado	1 (11,11)				
Viúvo	1 (11,11)				

Em relação à ocupação atual referente aos nove pacientes do sexo masculino que continuaram trabalhando, durante o tratamento por hemodiálise, três (2,48%) pacientes foram classificados nos grupos 02 e 05, um (0,83%) paciente no grupo 06 e dois (1,65%) pacientes no grupo 08 (Tabela 9).

Tabela 9 – Características do trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal-SP, 2016

Ocupação atual		**Sexo**		
		Masculino	**Feminino**	**Total**
		N(%)	**N(%)**	**N(%)**
Grupos				
02	Profissionais das ciências e das artes	3 (2,48)	0 (0,00)	3 (2,48)
05	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	3 (2,48)	0 (0,00)	3 (2,48)
06	Trabalhadores agropecuários, florestais e de pesca	1 (0,83)	0 (0,00)	1 (0,83)
08	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2 (1,65)	0 (0,00)	2 (1,65)

Dos nove pacientes que trabalhavam, dois (22,22) tinham registro em carteira de trabalho e trabalhavam durante a noite.

Em relação às exigências do trabalho autorrelatadas, dos nove pacientes, quatro (44,44%) caracterizavam seu trabalho com exigências mentais, três (33,33%) com exigências físicas e dois (22,22%), com ambas exigências, mentais e físicas. No que se refere aos resultados sobre a qualificação subjetiva da capacidade de trabalho atual, em uma escala de zero a 10, sendo zero considerado incapaz para o trabalho e 10 na melhor capacidade para o trabalho; três (33,33%) pacientes indicaram a pontuação 07, dois (22,22%), pontuação 08, três (33,33%), pontuação 10 e apenas um (11,11%) indicou pontuação 01.

No que tange à capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas, quatro (44,44%) pacientes classificaram sua capacidade como moderada, três (33,33%), como capacidade boa, um (11,11%) classificou como capacidade baixa e um (11,11%), como capacidade muito baixa. Já em relação à capacidade atual para o trabalho relacionada às exigências mentais, seis (66,67%) pacientes a classificaram como boa e três (33,33%), como muito boa (Tabela 10).

Tabela 10 - Características relacionadas ao trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise e que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016

Variáveis	N(%)
Funcionário terceirizado	0 (0,00)
Registro em carteira de trabalho	2 (22,22)
Adicional de insalubridade	1 (11,11)
Trabalho noturno	2 (22,22)
Exigências do trabalho	
Mentais	4 (44,44)
Física	3 (33,33)
Mentais e físicas	2 (22,22)
Qualificação subjetiva da capacidade de trabalho atual	
1	1 (11,11)
7	3 (33,33)
8	2 (22,22)
10	3 (33,33)
Capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas	
Muito baixa	1 (11,11)
Baixa	1 (11,11)
Moderada	4 (44,44)
Boa	3 (33,33)
Capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais	
Boa	6 (66,67)
Muito boa	3 (33,33)

Conforme a categorização da Capacidade para o Trabalho, dos nove pacientes que trabalhavam, cinco (55,56%) tinham a capacidade moderada para o trabalho, dois (22,22%) apresentaram capacidade boa e dois (22,22%), capacidade baixa (Tabela 11).

Tabela 11 - Categorização da Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016

Categorias de Capacidade para o Trabalho	N(%)
Baixa	2 (22,22)
Moderada	5 (55,56)
Boa	2 (22,22)

O escore médio de Capacidade para o Trabalho dos pacientes que trabalhavam foi 32,11(dp=8,18) que corresponde à boa capacidade para o trabalho. Houve variação entre 15,00 que corresponde à baixa capacidade para o trabalho e 42,00 que corresponde à ótima capacidade para o trabalho (Tabela 12).

Tabela 12 – Escores de Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise e que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016

	Média	**Desvio-padrão**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**
Capacidade para o Trabalho	32,11	8,18	15,00	34,00	42,00

A análise descritiva entre os escores da Capacidade para o Trabalho e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas estão descritas na Tabela 13. Na categoria boa capacidade para o trabalho, os pacientes apresentaram maior média de idade (55,00). Em relação às variáveis número de complicações clínicas e de comorbidades, os pacientes que apresentaram maiores médias nessas variáveis estavam na categoria de baixa capacidade para o trabalho (9,5 dp=0,71; 4,00 dp=1,41, respectivamente). Em relação às variáveis tempo de diagnóstico da DRC e de início em hemodiálise, os pacientes que se apresentaram na categoria de baixa Capacidade para o Trabalho tinham mais de 10 anos de doença e tratamento (12,5 dp=2,12; 10,5 dp=0,71, respectivamente). Parece que os pacientes com mais tempo de diagnóstico da DRC e em hemodiálise apresentam pior capacidade para o trabalho, apesar de não ter havido um padrão. Ao analisar a variável Expectativas sobre o Trabalho, os pacientes que tinham moderada e boa Capacidade para o Trabalho apresentaram também melhores Expectativas sobre o Trabalho (5,4 dp=0,52; 5,09 dp=0,13, respectivamente).

Tabela 13 - Estatística descritiva das variáveis idade, complicações clínicas, comorbidades, tempo de diagnóstico da Doença Renal Crônica e tempo de início em hemodiálise, segundo as categorias de Capacidade para o Trabalho dos nove pacientes em tratamento por hemodiálise que trabalhavam. Jaboticabal - SP, 2016

			Estatística descritiva				
Variáveis	**Capacidade para o Trabalho**	**N**	**Média**	**Desvio-Padrão**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**
Idade	Baixa	2	44,00	1,14	43,00	44,00	45,00
	Moderada	5	47,00	8,92	35,00	47,00	60,00
	Boa	2	55,00	5,66	51,00	55,00	59,00
Complicações clínicas	Baixa	2	9,50	0,71	9,00	9,50	10,00
	Moderada	5	6,20	3,11	3,00	7,00	10,00
	Boa	2	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00
Comorbidades	Baixa	2	4,00	1,41	3,00	4,00	5,00
	Moderada	5	2,80	1,48	1,00	3,00	5,00
	Boa	2	2,50	0,71	2,00	2,50	3,00
Tempo de diagnóstico da Doença Renal Crônica (em anos)	Baixa	2	12,50	2,12	11,00	12,50	14,00
	Moderada	5	7,40	10,55	1,00	4,00	26,00
	Boa	2	19,50	6,36	15,00	19,50	24,00
Tempo de início em hemodiálise (em anos)	Baixa	2	10,50	0,71	10,00	10,50	11,00
	Moderada	5	0,40	0,89	0,00	0,00	2,00
	Boa	2	4,00	5,66	0,00	4,00	8,00
Expectativa sobre o Trabalho	Baixa	2	3,82	1,80	2,55	3,82	5,09
	Moderada	5	5,40	0,52	4,91	5,18	6,00
	Boa	2	5,09	0,13	5,00	5,09	5,18

4.3 Expectativa sobre o Trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise

Dos resultados obtidos com a aplicação do instrumento de Expectativa sobre o Trabalho, observou-se, na análise por itens, que a maioria dos pacientes discordou em algum grau das afirmativas “Ser capaz de lidar com as dificuldades no trabalho” (RTW1) assim como, “Conseguir executar as tarefas do trabalho” (RTW4), “Conseguir lidar com as situações emocionalmente difíceis no trabalho” (RTW5), “Conseguir lidar com a agitação no trabalho” (RTW8), “Conseguir cumprir com as exigências físicas do trabalho” (RTW11) e “Não conseguir resolver os problemas no trabalho” (RTW9). Para os demais itens, a maioria dos pacientes atribuiu algum grau de concordância (Tabela 14).

Tabela 14 - Expectativa sobre o Trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise. Jaboticabal - SP, 2016

Itens do Instrumento Expectativa sobre o Trabalho	Categorias de respostas (N/%)													
	Discordo totalmente		Discordo em grande parte		Discordo um pouco		Concordo um pouco		Concordo em grande parte		Concordo totalmente		Total	
RTW1- Ser capaz de lidar com as dificuldades no trabalho	47	38,84	10	8,26	16	13,22	14	11,57	13	10,74	21	17,36	121	100,00
RTW2- Não conseguir executar bem minhas tarefas do trabalho por causa do meu estado emocional	31	25,62	6	4,96	16	13,22	21	17,36	11	9,09	36	29,75	121	100,00
RTW3- Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho	31	25,62	8	6,61	11	9,09	17	14,05	23	19,01	31	25,62	121	100,00
RTW4- Conseguir executar minhas tarefas no trabalho	43	35,54	4	3,31	19	15,70	11	9,09	12	9,92	32	26,45	121	100,00
RTW5- Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho	34	28,10	12	9,92	22	18,18	9	7,44	17	14,05	27	22,31	121	100,00
RTW6- Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa	31	25,62	10	8,26	6	4,96	24	19,83	24	19,83	26	21,49	121	100,00

continua...

Itens do Instrumento Expectativa sobre o Trabalho	Categorias de respostas (N/%)											
	Discordo totalmente		Discordo em grande parte		Discordo totalmente		Concordo um pouco		Discordo totalmente		Concordo totalmente		Discordo totalmente	
RTW7- Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho	25	20,66	7	5,79	9	7,44	14	11,57	24	19,83	42	34,71	121	100,00
RTW8- Conseguir lidar com a agitação no trabalho	38	31,40	13	10,74	15	12,40	13	10,74	16	13,22	26	21,49	121	100,00
RTW9- Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho	33	27,50	16	13,33	14	11,67	14	11,67	18	15,00	25	20,83	120	100,00
RTW10- Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho	24	19,83	10	8,26	12	9,92	20	16,53	21	17,36	34	28,10	121	100,00
RTW11- Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho	48	39,67	11	9,09	14	11,57	12	9,92	14	11,57	22	18,18	121	100,00

conclusão.

Em relação aos resultados sobre a Expectativa sobre o Trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, os escores para os homens variaram entre 1,00 e 6,00 com escore médio de 3,75(dp=1,41) e para as mulheres a variação foi entre 1,00 e 5,55 e o escore médio foi 2,92(dp=1,33). Tais resultados demonstraram escores marginalmente medianos de Expectativa sobre o Trabalho para ambos os sexos, tendo sido menores para as mulheres (Tabela 15).

Tabela 15 - Escores de Expectativa sobre o Trabalho dos 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, segundo sexo. Jaboticabal- SP, 2016

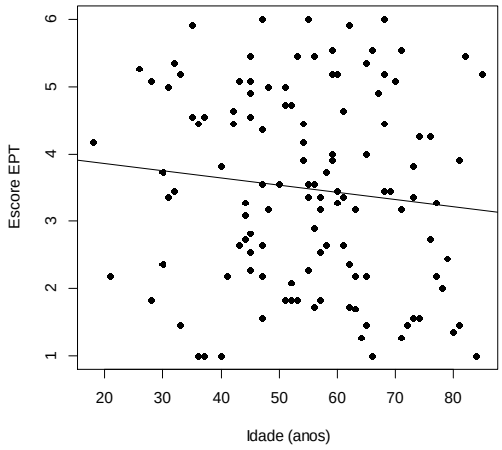
Expectativa sobre o Trabalho	**N**	**Média**	**Desvio-Padrão**	**Mínimo**	**Mediana**	**Máximo**
Masculino	82	3,75	1,41	1,00	3,87	6,00
Feminino	39	2,92	1,33	1,00	2,73	5,55

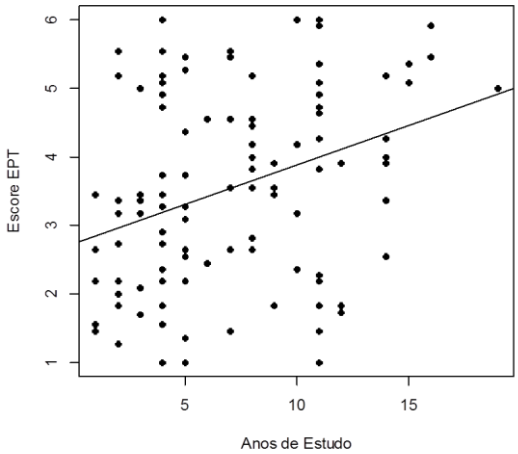
Em relação aos resultados da correlação de Pearson realizada entre o escore médio de Expectativa sobre o Trabalho e variáveis sociodemográficas e clínicas, foi encontrada correlação positiva entre as Expectativas sobre o Trabalho e anos de estudo (p=0,0002) e correlação inversa entre Expectativa sobre o Trabalho e o número de complicações clínicas (p=0,0005) dos pacientes participantes do estudo (Tabela 16).

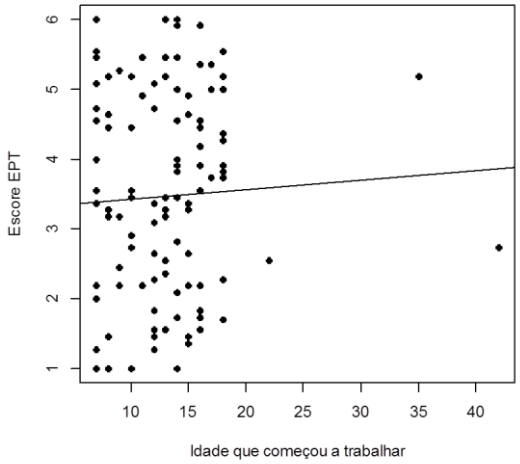
Tabela 16 - Coeficiente de Correlação de Pearson entre o escore médio de Expectativas sobre o Trabalho e variáveis sociodemográficas e clínicas. Jaboticabal - SP, 2016

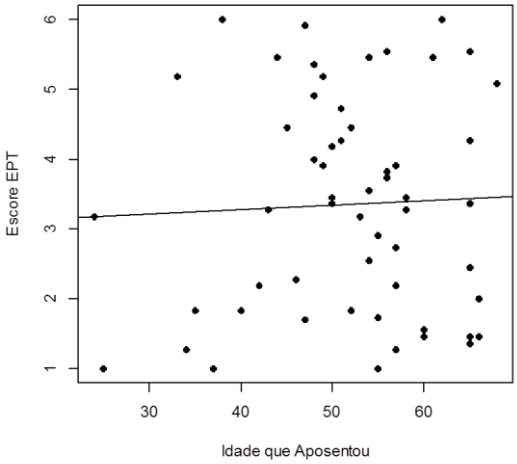
	Variáveis							
Coeficiente de Correlação de Pearson	**Idade**	**Anos de estudo**	**Idade que começou a trabalhar**	**Idade em que se aposentou**	**Número de complicações clínicas**	**Número de comorbidades**	**Tempo de diagnóstico da DRC**	**Tempo em hemodiálise**
	p-valor	**p-valor**	**p-valor**	**p-valor**	**p-valor**	**p-valor**	**p-valor**	**p-valor**
	N	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**	**N**
Expectativa sobre o Trabalho	0,11212	0,35219	0,04728	0,04236	-0,31179	-0,14734	0,08663	-0,02794
	0,2208	0,0002*	0,6158	0,7544	0,0005*	0,1068	0,3447	0,7609
	121	111	115	57	121	121	121	121

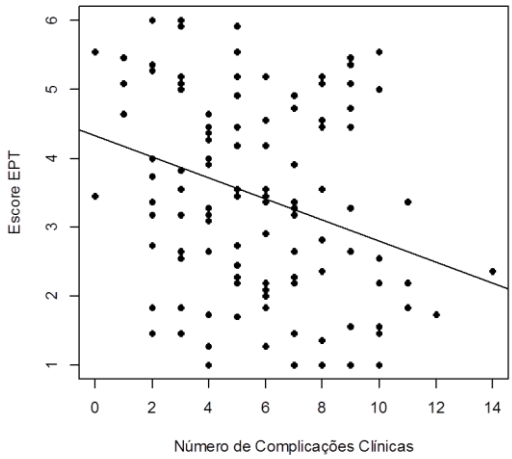
*p≤0,05

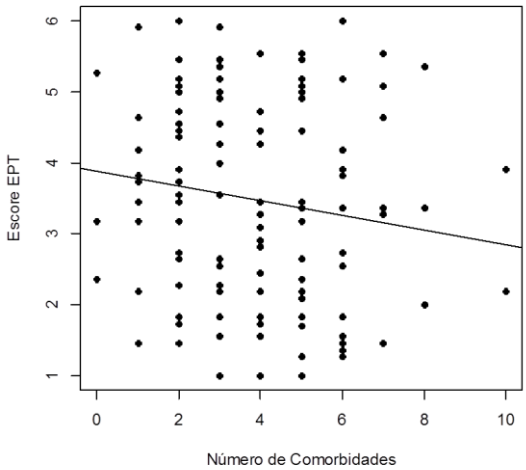

Escore EPT
Idade (anos)


Escore EPT
Anos de Estudo


Escore EPT
Idade que começou a trabalhar


Escore EPT
Idade que Aposentou


Escore EPT
Número de Complicações Clínicas


Escore EPT
Número de Comorbidades

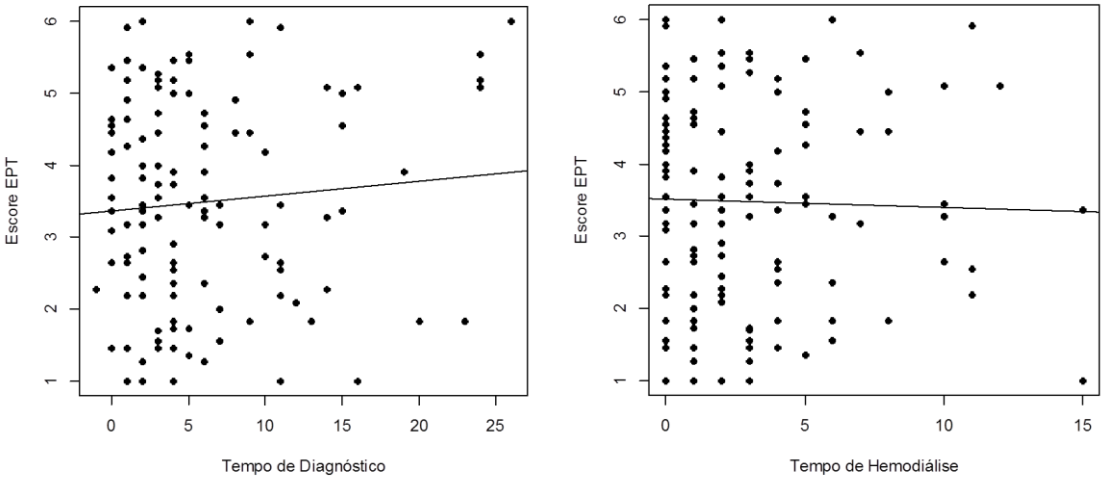


Figura 2 – Gráficos de dispersão dos testes de correlação entre os escores de Expectativas sobre o Trabalho e variáveis sociodemográficas e clínicas.

Com base nos resultados apresentados, pode-se considerar que a Expectativa sobre o Trabalho dos pacientes em tratamento por hemodiálise foi descrita em níveis considerados medianos, em especial pelas mulheres. Os homens apresentaram maior Expectativa sobre o Trabalho e representaram o pequeno e exclusivo grupo de pessoas em hemodiálise que trabalhavam, comparados às mulheres. Ainda, a maior Expectativa sobre o Trabalho se correlacionou com mais anos de estudo; e a menor Expectativa sobre o Trabalho se correlacionou com maior número de complicações clínicas da DRC.

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo, será apresentada a discussão dos resultados encontrados sobre Capacidade para o Trabalho e Expectativas sobre o Trabalho de pacientes que realizavam tratamento por hemodiálise.

Os estudos têm demonstrado uma maior prevalência de DRC em homens. Esta condição é relevante em razão dos resultados encontrados nesta pesquisa. Dos participantes deste estudo, aproximadamente 68% eram do sexo masculino e destes um pequeno e exclusivo grupo de nove homens continuavam trabalhando, o que correspondeu a 7,43% dos 121 participantes da pesquisa. Alguns fatores explicam a maior incidência e prevalência da DRC nos homens, uma delas é que homens não diabéticos apresentam um declínio mais rápido da função renal, quando comparado às mulheres. Para investigar essa diferença Sandberg (2008), desenvolveu uma pesquisa experimental em animais, que investigou a progressão do comprometimento renal decorrente da hipertensão arterial entre sexos (masculino e feminino) e identificou que os esteroides sexuais contribuíram para essas diferenças entre sexos. Uma meta análise descreveu estudos nos quais os homens com DRC de várias etiologias, apresentaram declínio mais rápido da função renal quando comparados às mulheres (NEUGARTEN et al., 2000).

De acordo com uma revisão de Silbiger & Neugarten (2008), a doença renal policística, a nefropatia membranosa, a nefropatia da imunoglobulina A e a DRC de etiliologia desconhecida, progridem em ritmo mais rápido na fase final da insuficiência renal nos homens, quando comparados às mulheres. E ainda, em relação ao Diabetes *mellitus* tipo I, os homens estariam mais propensos a apresentar sinais da DRC, por meio da proteinúria, relacionado à dieta, o tamanho glomerular dos rins, a hemodinâmica glomerular e os efeitos diretos dos hormônios sexuais.

Ao analisar as altas taxas de DRC entre os homens, remete à magnitude da representação individual e social perante as questões laborais. Thomé e Meyer (2011), em sua tese de doutorado, desenvolveu um estudo de campo por sete meses, com um grupo de nove homens em tratamento por hemodiálise, a fim de compreender as trajetórias identitárias de homens com DRC e entender como o gênero constitui e marca nessa trajetória. O processo saúde/doença causou nestes homens, diversas mudanças tais como: riscos e incertezas sobre o tratamento, medo de morrer, perda do trabalho, dependência do tratamento e reconfiguração da masculinidade, por outro lado, mesmo com dificuldades de adaptação, muito

vagarosamente, foram reconstruindo suas identidades.

Segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica de 2014, o número estimado de pacientes em diálise em 01 de julho de 2014 era de 112.004, que corresponde um aumento de 20 mil pacientes nos últimos quatro anos. Em relação ao número total destes, cinquenta e oito por cento dos pacientes eram do sexo masculino. O percentual de pacientes em diálise com idade menor ou igual a 12 anos (0,3%), 13 a 18 anos (0,7%), 19 a 64 anos (66,4%), 65 a 80 anos (27,9%) ou 80 anos ou mais (4,6%) (SESSO et al., 2014)

Dos 121 participantes desta pesquisa e que realizavam o tratamento por hemodiálise, a idade variou entre 18 a 85 anos, destes os nove homens que trabalhavam, tinham idades entre 35 a 60 anos, destacando a representação na faixa de idade ativa para o trabalho. De acordo com o IBGE (2016), a população em idade ativa, é aquela população com idade entre 15 a 64 anos de idade, que tem potencial para trabalhar ou exercer uma atividade remunerada e a População Economicamente Ativa (PEA) é a população que por meio do seu trabalho, exerce uma ocupação econômica remunerada por pelo menos 15 horas na semana. Portanto, apesar da maioria dos participantes do estudo ser considerado em idade ativa, o percentual contido na PEA é muito baixo.

O crescimento da população com DRC em tratamento por hemodiálise tem influenciado de maneira decisiva o comportamento dos agentes econômicos no mercado de trabalho, associada à saída antecipada do mercado, aos números de afastamento por doença, redução das horas trabalhadas e aposentadorias precoces. Os efeitos da DRC têm afetado não somente os pacientes, mas também as suas famílias (GODOY; NETO; RIBEIRO, 2006).

Um estudo realizado pelo Curtin et al. (1996) com 359 pacientes em diálise, a fim de verificar as características e diferença entre os pacientes que estão empregados e os desempregados, a percepção dos pacientes em relação a sua saúde frente as limitações da doença versus emprego e suas expectativas sobre a capacidade para o trabalho. Dos 270 pacientes, 66 (24%) relataram ser capaz de trabalhar em tempo integral ou parcial, 182 (67%) disseram que gostariam de voltar a trabalhar. Porém apenas 24% estavam realmente empregados. Este estudo mostra que é preciso ampliar esforços para reabilitar essa população em diálise, justamente porque estão dispostos e sentem-se capazes de trabalhar.

O estudo retrospectivo realizado por Muehrer et al. (2011), avaliaram os

fatores que afetam o emprego no início da diálise dos pacientes em idade produtiva. Os participantes foram selecionados por um sistema de dados de Diálise dos Estados Unidos no período de (1992 a 2003), foram selecionados (n=102.104) com idade ativa e empregados 6 meses antes do início da diálise. Em geral, 82,5% (80.100) dos pacientes novos iniciaram a modalidade de HD, contra 17,5% (16.789) dos pacientes que realizam DP. Por fim, este estudo descobriu que as pessoas que faziam tratamento com EPO para anemia, e que optaram como primeira modalidade de tratamento DP, e as pessoas que tinham plano de saúde da empresa, eram mais propensas a manter o emprego.

Para o atual estudo, pôde ser considerada como uma limitação, a não estratificação e análise dos pacientes por grupos de tempo de diagnóstico e de início de hemodiálise, uma vez que o grupo total apresentou resultado percentual muito baixo de pacientes que continuaram trabalhando durante o tratamento por hemodiálise.

Mas, apesar da representatividade baixa de pacientes que continuavam trabalhando, torna-se importante investigar os aspectos que podem favorecer a continuidade do trabalho, bem como os relacionados aos prejuízos da DRC e pelo tratamento. Oliveira et. al. (2012) demonstraram que o trabalho é uma dimensão importante na determinação da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com DRC. Esta foi à dimensão mais prejudicada para pacientes em diálise peritoneal e sofreu impacto negativo das comorbidades. Conforme os autores, a equipe de diálise pode otimizar a busca de estratégias que favoreçam e incentivem a manutenção e a reinserção dos pacientes no mercado de trabalho, sempre que possível.

Neste estudo fez-se relevante avaliar a Capacidade dos pacientes em hemodiálise para o trabalho, considerando a vivência assistencial enquanto enfermeira de diálise, na qual observa-se que poucos eram os pacientes que continuavam trabalhando após o início do tratamento hemodialítico e ainda menor era esse número quando avaliado ao longo do tempo em tratamento. Tal percepção foi confirmada com os resultados relacionados aos pacientes que trabalhavam apenas 7,43%. Dos nove pacientes que trabalhavam, cinco tinham a capacidade moderada, dois apresentaram capacidade boa e dois capacidade baixa para o trabalho.

O instrumento utilizado, o ICT, possibilita avaliar e detectar alterações

precoces em trabalhadores e realizar o acompanhamento com medidas preventivas, contudo é aplicável à trabalhadores em atividade, por isso foi utilizado neste estudo somente com os nove pacientes que continuavam trabalhando. É, geralmente, utilizado por empresas que visam manter a capacidade funcional do trabalhador até a aposentadoria e após podendo manter a vida mais independente e ativa mesmo depois de aposentado (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

Um estudo de revisão sistemática realizado por Amorin; Salla; Trelha, (2014) no período de 2000 a 2013, teve como objetivo sintetizar as evidências e fatores associados à manutenção de capacidade para o trabalho durante o processo de envelhecimento. Obtiveram um total de 924 artigos, sendo 27 foram incluídos na análise. As variáveis que apresentavam correlações negativas foram: idade, tabagismo, tempo de serviço e demanda física na atividade ocupacional. Concluíram que há escassez de estudos com idosos inseridos no mercado de trabalho. No estudo, consideraram mecanismos de proteção contra a depressão, incapacidade, fragilidade, mantendo a independência nas atividades diárias.

Já Walsh et al. (2004) investigaram a capacidade para o trabalho em pessoas com lesões musculoesqueléticas crônicas, com 127 trabalhadores da linha de produção de uma multinacional de médio porte, utilizando o ICT, juntamente com uma escala de dor. Observou-se em relação ao sexo, que 87% dos homens apresentaram capacidade para o trabalho entre boa (35%) e excelente (52%), enquanto que as mulheres apresentaram capacidade boa (26%) e excelente (21%).

No atual estudo, escore médio geral de Capacidade para o trabalho foi 32,11 que corresponde à capacidade boa. Contudo o número reduzido de pacientes que trabalhavam e que responderam ao ICT, foi uma limitação deste estudo e inviabilizou análises mais robustas para identificar relações com variáveis independentes que podem influenciar o constructo da Capacidade para o Trabalho dos pacientes em hemodiálise. Portanto, faz-se necessário e pertinente a realização de estudos futuros, em especial os estudos de seguimento para identificar alterações, propor um plano de atendimento das necessidades, implementar as ações interdisciplinares com a equipe de diálise e acompanhar a vida laboral dos pacientes em hemodiálise. Oliveira et al. (2012) mencionam que a equipe profissional é responsável e podem atuar por meio de intervenções de suporte psicossocial ao paciente em diálise e sua família, incluindo o apoio emocional e informativo.

Em relação ao constructo da Expectativa sobre o Trabalho dos pacientes com DRC e que realizam o tratamento por hemodiálise, desperta para uma análise ampliada do contexto real das unidades de diálise, nas quais há um crescente número de pessoas submetidas ao tratamento por hemodiálise diariamente e que na sua maioria são adultos, do sexo masculino, em idade ativa, afastados do trabalho ou até mesmo aposentados precocemente. O início do tratamento crônico da DRC desencadeia uma migração rápida do indivíduo economicamente produtivo e independente, para um estado economicamente improdutivo, dependente, incapaz e/ou desmotivado para realizar qualquer atividade laboral.

Os resultados deste estudo, relacionados à Expectativas sobre o trabalho, demonstraram escores marginalmente medianos para ambos os sexos, tendo sido menores para as mulheres. Baixos escores de Expectativas sobre o trabalho pode ser um indicador de dificuldades para a reinserção no trabalho. Há ainda, uma necessidade de elucidar questões relacionadas às perspectivas e às percepções de auto eficácia dos pacientes para o retorno ao trabalho, diante da situação vivenciada no dia a dia de restrições físicas, psicológicas e de tempo relacionadas à DRC e ao tratamento hemodialítico. O instrumento utilizado foi elaborado e utilizado na prática e na pesquisa em vários estudos, apresentados a seguir, em pessoas com transtornos mentais e com lesões musculoesqueléticas, contudo foi aplicado aos pacientes em hemodiálise, por ser um grupo de risco para absenteísmo por causas de saúde/doença e por tempo prolongado, assim como os aqueles pacientes.

Estudo que abordou a Expectativa sobre o trabalho, avaliou 160 trabalhadores com transtornos mentais comuns (stress, ansiedade e transtornos depressivos), aplicando a escala RTW-SE, no qual os participantes foram incluídos no início da licença médica entre dois a 8 meses e foram acompanhados em 3, 6, 9 e 12 meses. Os resultados indicaram que o instrumento é capaz de detectar trabalhadores com transtornos mentais comuns e o retorno tardio para o trabalho, além de apontar a relevância clínica, fatores de trabalho e como os trabalhadores percebem sua capacidade de sucesso e volte ao trabalho (NIEUWENHUIJSEN et al., 2013).

Lagerveld et al. (2010), realizaram um estudo com 2.214 holandeses, afim de validar o instrumento de “Expectativas para o trabalho” mais conhecido como “Return to workself-efficacy (RTW-SE)”. Este artigo descreve o desenvolvimento e a validação do instrumento de RTW-SE aplicado a funcionários com problemas de

saúde mental. Um fato muito importante, é que este instrumento provou ser um preditor robusto para o retorno para o trabalho destes pacientes no prazo de seis meses. As propriedades psicométricas preliminares mostraram que a escala é ferramenta potencialmente valiosa na investigação e na prática clínica e saúde ocupacional, tanto antes como depois os funcionários retornaram ao trabalho.

Brouwer et al. (2015), desenvolveram um estudo afim de avaliar a validade preditiva das pontuações do RTW-SE, para tanto foi realizado acompanhamento por meio de entrevistas via telefone nos períodos de um, seis, 12 e 24 meses, em uma amostra de acidentados com lesões musculoesqueléticas. O estudo encontrou evidências que sustentam a validade preditiva da escala RTW-SE dentro de 12 meses após lesão, assim como, o controle de importantes variáveis como: fatores socioeconômicos, dor, estado funcional e depressão. A escala RTW-SE se mostrou potencialmente valiosa na investigação e na gestão de trabalho de funcionários com lesão musculo esqueléticas. Mais pesquisas são necessárias para confirmar a validade do constructo e validade preditiva da escala RTW-SE em outras populações, além de avaliar a confiabilidade de teste-reteste e capacidade de resposta. Além disso, deve ser investigado, o papel de alterações na auto-eficácia, no desenvolvimento e na duração da incapacidade para o trabalho.

Estudo recente de Silva-Júnior et al. (2016), avaliou a expectativa dos trabalhadores sobre o retorno ao trabalho após o afastamento de longa duração por transtornos mentais. Foi realizado com 202 trabalhadores, que responderam o questionário de “Expectativas sobre o trabalho” versão em português e identificou que mais da metade do grupo (51%) apresentou baixa expectativa sobre o retorno para o trabalho. O uso desse instrumento, na versão em português do Brasil, segundo o autor poderá auxiliar no planejamento para o retorno ao trabalho, a fim de minimizar os impactos socioeconômicos dos afastamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos, independente do diagnóstico clínico.

Ao analisar os potenciais fatores que influenciam as Expectativas sobre o trabalho, neste estudo a correlação positiva demonstrou que quanto maior o número de anos de estudo, maior foram as expectativas sobre o trabalho. O nível de escolaridade da população brasileira tem se elevado ao longo dos anos. E as melhores oportunidades no mercado de trabalho, tais como os melhores empregos com melhores remunerações estão disponíveis para as pessoas com maior nível de escolaridade.

Outro fator que, neste estudo, se correlacionou com a Expectativa sobre o Trabalho, mas de forma negativa, foram as complicações clínicas. Demonstrando que quanto maior o número de complicações clínicas/sintomas da DRC piores são as expectativas de retorno ao trabalho. Os prejuízos físicos e funcionais dos pacientes em hemodiálise são graves e progressivos (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2002), e estão relacionados com as condições comórbidas e suas manifestações, neste estudo chamadas de complicações clínicas.

A dimensão de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, situação de trabalho, sofre impacto negativo das comorbidades, consequentemente das suas manifestações nos pacientes com DRC (OLIVEIRA et al., 2012).

Os pacientes que tinham moderada e boa Capacidade para o Trabalho, apresentaram também melhores Expectativas sobre o Trabalho, o que sugere que estas pessoas mantêm aspectos positivos relacionados aos dois constructos estudados e, possivelmente têm melhores condições e/ou motivações individuais e sociais, quando comparados aos demais participantes do estudo.

6. CONCLUSÃO

A seguir, estão apresentadas as conclusões do atual estudo. Pode-se considerar que os objetivos desta pesquisa foram alcançados e vale, ainda, destacar que a investigação da Capacidade para o Trabalho e da Expectativa sobre o Trabalho, por meio dos instrumentos utilizados, derivou resultados importantes para reflexões sobre propostas futuras de intervenções relacionadas ao trabalho de pacientes em tratamento por hemodiálise.

- Participaram da pesquisa 121 pacientes em tratamento por hemodiálise, com idades entre 18 e 85 anos, sendo a maioria do sexo masculino e que morava com seus cônjuges/companheiros. Tinham, aproximadamente, seis e sete e meio anos médios de estudo para as mulheres e homens, respectivamente. Grande parte dos pacientes era aposentada, e a aposentadoria foi a principal fonte de renda citada. A renda individual em salários-mínimos, vigentes no final do período da coleta de dados, foi de cerca de 3,2 para os homens e 2,0 para as mulheres.

- Quanto à caracterização clínica, o tempo de diagnóstico da DRC variou entre zero e 26 anos. Em relação ao tempo em hemodiálise, variou entre zero e 15 anos. Em relação ao transplante renal, cerca de 35% eram potenciais candidatos ao tratamento. Dentre as complicações, relacionadas à DRC, mais autorrelatadas estavam: anemia, fraqueza, câimbras e constipação intestinal. E dentre as comorbidades mais referidas estavam: hipertensão arterial sistêmica, déficit visual, Diabetes *mellitus* e catarata.

- Em relação às características do trabalho dos 121 pacientes participantes do estudo, estes começaram a trabalhar com idade entre 12 e 13 anos e se aposentaram com aproximadamente 51 anos. Assim como era esperado, foi encontrado um número pequeno de pessoas que realizavam hemodiálise e trabalhavam, simultaneamente. Apenas nove pacientes do sexo masculino trabalhavam, no momento da coleta de dados. Em relação às ocupações anteriores, conforme o referencial de classificação utilizado, houve representação em todos os grupos de ocupações, com maior frequência nos grupos 07, 05 e 06, respectivamente.

- Daqueles nove pacientes que continuaram a trabalhar, a idade variou entre 35 e 60 anos. Em relação à média de anos de estudo foi de 10 anos. Em relação às ocupações atuais, houve representação nos grupos 02, 05, 08 e 06, respectivamente. E vale destacar que a característica comum entre alguns, de praticarem atividades ocupacionais autônomas, pode ter facilitado a manutenção destas pessoas em vida ativa. Dois pacientes desenvolviam o trabalho no período noturno, e quatro mencionaram que o trabalho tinha exigências predominantemente mentais, sendo que na autopercepção da capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais, todos referiram estar boa ou muito boa.

- Em relação à Capacidade para o Trabalho, segundo a aplicação do ICT, somente os nove homens que trabalhavam responderam ao instrumento. A classificação de Capacidade para o Trabalho indicou que cinco pacientes tinham moderada; dois, boa; e dois, baixa capacidade. No geral, o grupo teve escore de 32,11, equivalente à boa Capacidade para o Trabalho.

- A relação entre a Capacidade para o Trabalho e as variáveis sociodemográficas e clínicas foi verificada por meio de análise descritiva. Os pacientes com boa capacidade apresentaram maior média de idade. Os pacientes com baixa capacidade tinham maiores médias de complicações clínicas e de comorbidades. Os resultados sugerem que os pacientes com mais tempo de diagnóstico da DRC e em hemodiálise apresentam pior capacidade para o trabalho, apesar de não ter havido um padrão.

- A análise da relação entre Capacidade para o Trabalho e a Expectativa sobre o Trabalho indicou, descritivamente, que os pacientes que tinham moderada e boa capacidade, apresentaram também melhores Expectativas sobre o Trabalho. Esses resultados podem sugerir que as pessoas que mantêm aspectos positivos relacionados aos dois constructos estudados, possivelmente, têm melhores condições e/ou motivações individuais e sociais, quando comparados aos demais participantes do estudo.

- Em relação à avaliação da Expectativa sobre o Trabalho, por meio do RWT, o instrumento foi aplicado aos 121 participantes do estudo. Os resultados demonstraram escores marginalmente medianos de Expectativa sobre o Trabalho para ambos os sexos, tendo sido menores para as mulheres.

- Ao analisar a relação entre a Expectativa sobre o Trabalho e as variáveis sociodemográficas e clínicas, os resultados indicaram que a maior Expectativa sobre o Trabalho se correlacionou com mais anos de estudo, e a menor Expectativa sobre o Trabalho se correlacionou com maior número de complicações clínicas da DRC.

REFERÊNCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

AMORIM, J.S.C.; SALLA, S.; TRELHA, C.S. Fatores associados à capacidade para o trabalho em idosos: revisão sistemática. **Re.v. Bras Epidemiol.** Londrina, vol. 17, n. 4, p. 830-841, 2014.

BAKEWELL, A. B.; HIGGINS, R. M.; EDMUNDS, M. E. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. **Kidney Int.,** Inglaterra, v. 61, n.1, p.239-48, 2002.

BENZ, R.L.; PRESSMAN, M.R. Distúrbio do Sono. In: DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G.; ING, T.S. **Manual de Diálise**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap.38, p.669-673.

BESARAB, A.; RAJA, R.M. Acesso Vascular para Hemodiálise. DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE, P.G.; ING, T.S. **Manual de diálise**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap.4, p.68-102.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupação**. 3. ed. Brasília, DF, 2010. v. 3. Disponível em: <http:// www.mtecbo.gov.br/cbosite/page s/download?tipoDownload=3>. Acesso em: 08 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2015.

BREGMAN, H.; DAUGIRDAS, T.; ING, T. S. Complicações durante a hemodiálise. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 7, p. 123-150.

BROUWER, S. et al. The predictive validity of the return-to-work self-efficacy scale for return-to-work outcomes in clainmants with musculoskeletal disorders. **J. Occup. Rehabil.**, Toronto, v. 25, n. 4, p. 725-732, 2015.

CARDOSO, J. S. C.; CAVALCANTE, C. V.; MIRANDA, A. T. M. A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Luis, v. 24, n. 2, p. 162-167, 2013.

CURTIN, R. B. et al. Differences between employed and nonemployed dialysis patients. **Am J. Kidney Diseases**, Estados Unidos, v. 7, n. 4, p. 533-540, 1996.

FERMI, M. R. V. **Diálise para enfermagem** - guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul: Atheneu, 2007.

FISCHER, F. M. et al. A (in)capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 97-103, 2005.

FONSECA, J. Q.; LIMA, E. X. Assistência de enfermagem em sala de hemodiálise: controle de peso, glicemia capilar e dos sinais vitais. In: LIMA, E. X.; SANTOS, I.; SOUZA, E. R. M. **Tecnologia e o cuidar de enfermagem em terapias renais substitutivas**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 6, p. 83-88.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, M. R.; NETO, G. B.; RIBEIRO, E. P. **Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil**. Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

HAUGE, L.; THUNE, O. **Kor stor del av dei langtidssjukmeldte fell ut av arbeidsmarknaden?** Oslo: NAV, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE. **Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre 2003-2012.** Disponível em<:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/retrospectiva2003_2012.pdf> Acesso em: 08 maio 2016.

KAY, J.; HANO, J. E. Doenças musculoesqueléticas e reumatológicas. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 36, p. 654-668.

KIMMEL, P. L.; LEVY, N. B. Psicologia e reabilitação. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 22, p. 425-431.

KIRSZTAJN, G.G, et al. Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na prática clínica. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v.36, n.1. p.63-73, 2014.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 149 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LAGERVELD, S. E. et al. Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. **Work & Stress: an International Journal of Work**, Holanda, v. 24, n. 4, p. 359-375, 2010.

LARA, E. A.; SARQUIS, L. M. M. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. **Revista Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 9, n. 2, p. 99-106, 2004.

LEW, S. Q. et al. Trato digestivo. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 34, p. 615-625.

LIE, S. A. et al. A multi-state model for sick-leave data applied to a randomized control trial study of low back pain. **Scand. J. Public Health**, Bergen, v. 36, n. 3, p. 279-283, 2008.

MALTA, D. C. et al. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 14-19, 2011.

MANEN. J. G. et al. Changes in employment status in end-stage renal disease patients during their firts year of dialysis. **Peritoneal Dialysis International**, Holanda, v. 21, n.6, p. 595-601, 2001.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validity and reliability of the Brazilian version of the Work Ability Index questionnaire. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 525-532, 2009.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Rev. de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 8-19, 2001.

MUEHRER, R. J. et al. Factors affecting employment at initiation of dialysis. **Clin. J. of the Am. Soc. of Nephrol.**, Madison, v. 6, n. 3, p. 489-496, 2011.

NEUGARTEN, J. et al. Effect of gender on the progression of nondiabetic renal disease: a meta-analysis. **J. Am. Soc. Nefhro.**, Bronx, v. 11, n. 2, p. 19-29, 2000.

NIEUWENHUIJSEN, K. et al. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. **J. Occup. Rehabil.**, Amsterdã, v. 23, n.2, p. 290-299, 2013.

ODÉEN, M.; KRISTENSEN, L. O.; URSIN, H. Coping and return to work: measurement and theoretical issues. **Norsk Epidemiologi**, Bergen, v. 19, n. 2, p. 173-178, 2009.

OLIVEIRA, M. P. et al. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta. Paul. de Enf.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 3, p. 352-357, 2012.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SANDBERG, K. Mechanisms underlying sex diferences in progressive renal disease. **Gend. Med.**, v. 5, n. 1, p. 10-23, 2008.

SANTOS, T. M. B.; FRAZÃO, I. S. Qualidade de vida dos trabalhadores que realizam hemodiálise. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 21, n. 1-6, p. 5-14, 2012.

SAS INSTITUTE. **SAS/STAT® user's guide**. Version 9. Cary: SAS Institute, 2003.

SESSO, R. C. et al. Inquérito brasileiro de dialise cronica 2014. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SILBIGER, S.; NEUGARTEN, J. Gender and human chronic renal disease. **Gend. Med.**, Nova Iorque, v. 5, n. 1, p. S3-S10, 2008.

SILVA-JUNIOR, J. S. et al. Expectativas sobre o retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.14, p. 32-68, 2016. Suplemento 1.

SILVA-JUNIOR, J. S. et al. Brazilian cross-cultural adaptation of “Return-to-work self-efficacy" questionnaire. **Rev Saúde Pública**, 2016 (no prelo).

SOUTO, D. F. **Saúde no trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2004.

TALL, M.W.; BRENNER, B.M. Predicting initiation and progression of chronic Kidney disease: developing renal scores. **Kidney Int.**, Reino Unido, v. 70, n.10, p.1694-1705, 2006.

THOMÉ, E. G. R.; MEYER, D. E. E. **Homens doentes renais crônicos em hemodiálise**: a vida que poucos veem. 2011. 181 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TUOMI, K. L. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Traduzido por Frida Marina Fischer (Coord.). São Carlos: EdUFSCar, 2005.

TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Helsinki: Instituto de Saúde Ocupacional, 1997.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Rev. Saúde Pública**, São Carlos, v. 38, n. 2, p. 149-156, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - **Caracterização Sociodemográfica, Econômica e Clínica**

Número : _____

Início da entrevista: _____ Término: _____ Data: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/_____

1) Sexo_____

1-Masculino 2-Feminino

2) Escolaridade

Anos de estudos completos _____

3) Qual o seu estado conjugal atual?

1- Nunca se casou ou morou c/ companh.

2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

3- Sep.(a), desquitado(a) ou divorc(a)

4- Viúvo(a)

4) Com que idade começou a trabalhar? _____

5) Trabalha atualmente?

0- Não 01- Sim _____

6) Qual a sua principal ocupação anterior?_____

7) Qual a sua principal ocupação atual?_____

8)Descreva as principais tarefas que você faz no trabalho: NSA

---

9) Há quanto tempo trabalha no atual emprego? _____ NSA

10) É funcionário terceirizado? _____ NSA

0- Não 1- Sim

11) É um funcionário com registro em carteira de trabalho?_____ NSA

0-Não 1- Sim

12) Recebe adicional de insalubridade, periculosidade ou de penosidade? ___ NSA

0-Não 1- Sim

13) Trabalha durante a noite (em turnos alternantes ou sempre durante a noite)? NSA

0- Não 1- Sim

14) As exigências de seu trabalho são principalmente:

Mentais _____ 1

Físicas _____ 2

Ambas, mentais e físicas _____ 3

15) Qual (is) dessa(s) renda(s) o(a) sr(a) tem? 0- não tem 1- tem

a) Aposentadoria ☐
b) Pensão ☐
c) Aluguel ☐
d) Trabalho Próprio ☐
e) Doações (família, amigos, instituições) ☐
f) Outras _____ ☐

Idade que se aposentou_____ NAS ☐

16) Valor da sua renda mensal_____ NAS ☐

17) Valor da renda familiar _____ NSA ☐

18) Quanto tempo faz que você foi diagnosticado com doença renal crônica? _____

19) Quanto tempo faz que iniciou a hemodiálise? _____

20) Já realizou outra modalidade de tratamento? Por quantos anos?

1- Diálise Peritoneal _____ 2-Transplante Renal _____

21) Quais as complicações físicas associadas a doença renal crônica e a diálise?

(a) câimbras ☐
(b) hipotensão arterial (durante diálise) ☐
(c) hipertensão arterial (durante diálise) ☐
(d) dor de cabeça ☐
(e) fraqueza ☐
(f) dor ☐
(g) infecções repetitivas ☐
(h) infertilidade ☐
(i) anemia ☐
(j) coceira ☐
(k) perda de peso ☐
(l) ganho de peso ☐
(m) const. intestinal ☐
(n) arritmia cardíaca ☐
(o) outra_____ ☐

22) Você possui outras doenças?

(a) insuficiência cardíaca ☐
(b) infarto do miocárdio ☐
(c) doença cerebrovascular ☐
(d) pericardite ☐
(e) varizes ☐
(f) neoplasia malígna ☐
(g) doença autoimune ☐
(h) déficit visual ☐
(k) neoplasia benigna ☐
(l) catarata ☐
(m) osteopatias ☐
(n) hepatopatia ( )HbsAg+; ( )anti HCV+ ☐
(o) hipertensão arterial ☐
(p) diabetes mellitus ☐
(q) déficit auditivo ☐
(r)outras_____

23) Qual a causa etiológica da Doença Renal Crônica?

_____

24) Faz uso de medicamentos?

(0) não

(1) sim, quais?

_____

25) Já fez transplante?

não [0] [1] sim Doador: vivo [ ] falecido [ ]

26) É candidato a transplante renal?

[0] não [1] sim

APÊNDICE B - **Autorização para a coleta de dados**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 07 de agosto de 2015

Dr. Alcino R. Mendonça Neto
Enfermeira Priscila Maira Inocêncio Rego
Responsáveis pela Unidade de Diálise do Hospital São Marcos de Jaboticabal

Estamos realizando uma pesquisa, cujo título é "Capacidade para o trabalho de pacientes em hemodiálise" como dissertação de mestrado junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, com pessoas em Hemodiálise (HD).

Trata-se de um estudo estudo transversal e descritivo de natureza quantitativa que será realizado com todos os pacientes que atenderem aos critérios de seleção da pesquisa. O objetivo geral do projeto é analisar a relação entre a capacidade para o trabalho e variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas de pacientes em hemodiálise. Os objetivos específicos são: caracterizar os pacientes em hemodiálise quanto aos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos; avaliar a Capacidade para o Trabalho segundo o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e verificar a relação entre os níveis de capacidade para o trabalho e variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas destes pacientes.

Serão realizadas entrevistas com os pacientes, utilizando dois instrumentos: de caracterização que foi adaptado de Kusumota (2005) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (TUOMI et al., 2005; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009). A coleta de dados será realizada após o consentimento do serviço em questão e análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP. Aos pacientes, será apresentada a pesquisa e realizado o convite para participação; aqueles que aceitarem participar deverão assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora. A coleta de dados tem previsão para ocorrer de setembro a novembro de 2015 e será realizada pela mestranda. As entrevistas serão realizadas durante as sessões de hemodiálise, nas duas primeiras horas. Dados sobre o diagnóstico de base, comorbidades e uso de medicações serão coletados do prontuário médico.

Para a análise do Comitê de Ética em Pesquisa e subsequentemente o desenvolvimento da pesquisa, solicitamos a autorização para a realização da coleta de dados na Unidade de Diálise do Hospital São Marcos de Jaboticabal.

Nos colocamos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

Graziele Ap. Caetano
Enfermeira
COREN/SP 313.713

Graziele Aparecida Caetano Calil
Enfermeiro
Mestranda da EERP-USP

Luciana Kusumota
Profa. Dra. EERP-USP
Orientadora

Luciana Kusumota
Docente - EERP/USP
Coren 78373

Estou de acordo

Priscila M. Inocêncio Rego
Enfermeira
COREN 78027 - DIALISE - HSM

De Acordo

Dr. Alcino R. M. Neto
Médico
CRM-SP 143500

APÊNDICE C - **Permissão para o uso do Instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho**

Olá Profa. Frida Marina Fischer, tudo bem?

Meu nome é Graziele Ap. Caetano Calil, sou aluna (mestranda) da EERP/USP, do Programa de Enfermagem Fundamental e orientanda da Profa. Dra. Luciana Kusumota. O motivo do nosso contato, é que estamos desenvolvendo um trabalho, que pretendemos avaliar a capacidade para o trabalho de pacientes em hemodiálise Adquirimos o instrumento "Índice de Capacidade para o Trabalho/ Kaija Tuomi et. al. Traduzido por Frida Marina Fischer (Coord.) – São Carlos EdFSCar, 2005", para conhece-lo melhor e achamos que este Instrumento é ideal para a nossa pesquisa. Para isso gostaria de pedir uma autorização para usá-lo, para que eu possa enviar meu projeto para o Comitê de Ética da USP de Ribeirão Preto.

Para: Frida Marina Fischer

2015-02-04 22:57 GMT-02:00 graziele caetano <grazi.caetano@hotmail.com>:

graziele caetano

04/02/2015

Date: Wed, 4 Feb 2015 23:25:38 -0200

Subject: sobre uso do questionário Indice de Capacidade de trabalho (ICT)

From: fischer.frida@gmail.com

To: grazi.caetano@hotmail.com

CC: kusumota@eerp.usp.br

Prezada Graziele

Boa noite

Não há necessidade de autorização para uso do questionário ICT. Basta citar os autores.

Atenciosamente

Frida Marina Fischer

Depto Saúde Ambiental

Faculdade de Saúde Pública da USP

APÊNDICE D - **Permissão para o uso do Instrumento de Expectativas sobre o Trabalho**

Zimbra **kusumota@eerp.usp.br**

Em 9 de outubro de 2015 09:17, Luciana Kusumota <kusumota@eerp.usp.br> escreveu:

Prezada Profa. Frida e Jõao

Muito obrigada pela atenção. Estamos definindo o projeto da minha aluna e achamos bem interessante a sugestão de aplicarmos o instrumento sobre a expectativa de retorno ao trabalho, em processo de validação por vocês. Contudo temos a restrição de tempo, pois é um projeto de mestrado, e por isso faço novamente contato para solicitar informações sobre a previsão de disponibilização do instrumento na versão para uso.

Fico no aguardo de informações sobre o instrumento, atenciosamente.

Luciana

Re: sobre instrumento de avaliação para pessoas que realizam hemodiálise

---

De :	João Silvestre da Silva-Júnior <joaossj@gmail.com>	Sáb, 10 de Out de 2015 22:53
Assunto :	Re: sobre instrumento de avaliação para pessoas que realizam hemodiálise	
Para :	Luciana Kusumota <kusumota@eerp.usp.br>	
Cc :	Frida Marina Fischer <fischer.frida@gmail.com>	

Prezada Prof. Luciana,

Boa noite. Agradeço o seu contato e interesse no questionário de expectativa sobre o trabalho. O artigo com a publicação da versão final já foi submetido e estamos no aguardo da avaliação pelos revisores.

A questão psicométrica só será investigada no próximo ano pois estamos dando seguimento à coleta de campo em duas regiões.

Encaminho o material para sua ciência e uso, se considerar apropriado. Estou disponível para auxiliar no que for necessário.

Atenciosamente,

João Silvestre da Silva-Júnior, MD, MSc

Médico do Trabalho

joaossj@gmail.com

twitter.com/joaosilvestrejr

APÊNDICE E – **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos realizando uma pesquisa que se chama *"Capacidade para o Trabalho de pacientes em hemodiálise"*, sob a responsabilidade da pesquisadora Graziele Aparecida Caetano Calil, aluna de pós graduação e da professora orientadora Luciana Kusumota, ambos vinculados à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A pesquisa tem o objetivo de analisar a relação da capacidade e expectativa para o trabalho e variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas de pacientes em hemodiálise na Unidade de Diálise do Hospital São Marcos de Jaboticabal-SP. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de RIBEIRÃO Preto da Universidade de São Paulo, que tem como finalidade proteger os participantes da pesquisa.

Desta forma, convidamos o(a) Senhor(a) para participar desta pesquisa respondendo às questões dos questionários. 1) de características pessoais, de saúde; 2) o índice de capacidade para o trabalho (questões sobre o quão bem é capaz de realizar o trabalho, considerando as exigências físicas e mentais, o estado de saúde e os recursos do trabalhador). 3) O instrumento de expectativa sobre o trabalho. A entrevista será realizada na sala de hemodiálise, dentro das duas horas iniciais de uma sessão de hemodiálise.

O(a) Senhor(a) não terá qualquer despesa, gastos ou danos com a participação neste estudo e nem mesmo nenhuma gratificação. Terá direito à indenização conforme leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa por parte das pesquisadoras e das Instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

O(a) Senhor(a), se desejar participar, deverá rubricar todas as páginas e assinar na última folha, sendo que uma via assinada deste termo ficará com o(a) senhor(a), e a outra com a pesquisadora.

Ao finalizar o estudo, os resultados nos permitirão reconhecer a real situação da capacidade e expectativas para o trabalho dos pacientes em hemodiálise, com possibilidade de subsidiar o planejamento e implementação de políticas públicas, que atendam as necessidades desses pacientes.

Asseguramos que o(a) Senhor(a) não será identificado após responder às perguntas, a sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos resultados da pesquisa. Entretanto, solicito sua autorização, enquanto participante desta pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, em eventos ou publicações científicas, o que muito contribuirá para a realização deste

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

trabalho. A sua participação nesta pesquisa não implicará em alterações referentes ao seu recebimento de benefícios ou aposentadorias.

Se depois de consentir sua participação o (a) Senhor (a) desistir de participar, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Esta pesquisa poderá apresentar um risco mínimo para o(a) Senhor(a), visto que, ao responder as perguntas presentes nos instrumentos poderá lembrar-se de fatos, ter lembranças prazerosas ou não de sua vida, causando assim, certos desconfortos emocionais. Se isso ocorrer, a entrevista será interrompida e o Senhor(a) poderá ser encaminhado para o atendimento de psicologia do serviço.

Se o(a) Senhor(a) tiver alguma dúvida com relação ao estudo, poderá, pedir novos esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, se achar necessário, deverá contatar os pesquisadores do estudo nos endereços abaixo. Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP pelo telefone: (16) 3315.3386, horário de funcionamento em dias úteis (das 9hs às 18hs). O CEP trata-se de um grupo de pessoas com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para proteção dos seus direitos.

Muito obrigada pela atenção,

Graziele Aparecida Caetano Calil
Endereço: Rua Elaine Cristina Mialichi Polachini, 360, Jaboticabal-SP
Telefone: (16) 3202 5339, (16) 99713 3131
Email: grazi.caetano@hotmail.com

Luciana Kusumota
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto-SP
Telefone: (16) 3315 0534
Email: kusumota@eerp.usp.br

Eu fui informado e discuti com o pesquisador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste termo de consentimento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Nome do Paciente: _____
Assinatura _____
Data _____/_____/_____

VERSÃO02_TCLE_11.2015

ANEXO

ANEXO A – **Aprovação do Comitê de Ética**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 182/2015, de 12.11.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 11 de novembro de 2015.

Protocolo CAAE: 48666615.0.0000.5393

Projeto: CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

Pesquisadores: Graziele Aparecida Caetano Calil
Luciana Kusumota (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Luciana Kusumota
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP