



Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal*

Work and health-related quality of life of patients on peritoneal dialysis

Trabajo y Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes en Diálisis Peritoneal

Marília Pilotto de Oliveira¹, Luciana Kusumota², Sueli Marques³, Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro⁴, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues⁵, Vanderlei José Haas⁶

RESUMO

Objetivo: Descrever e comparar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes em Diálise Peritoneal (DP) que tinham ou não trabalho remunerado. **Métodos:** Estudo seccional e populacional com 82 pacientes dos dois serviços de DP de Ribeirão Preto, (SP). A coleta de dados foi realizada por entrevistas entre dezembro/2009 e março/2010. Os questionário para caracterização dos pacientes, o Miniexame do Estado Mental e o *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* foram usados. Foram feitas as análises estatística exploratória uni e bivariada e a confirmatória bivariada entre variáveis independentes e as dimensões de QVRS. **Resultados:** os pacientes com trabalho remunerado apresentavam maiores escores médios refletindo melhor QVRS para a maioria das dimensões do instrumento utilizado. **Conclusão:** o trabalho é uma faceta importante da vida desses pacientes e merece a atenção dos profissionais da saúde na busca de estratégias que favoreçam e incentivem sua manutenção e reinserção no mercado de trabalho.

Descritores: Trabalho; Diálise peritoneal; Qualidade de vida

ABSTRACT

Objective: To describe and compare Health Related Quality of Life (HRQoL) of patients on peritoneal dialysis (PD) who had and who did not have paid work. **Methods:** A cross-sectional and populational study with 82 patients from the two PD services in Ribeirão Preto (SP), Brazil. Data collection was conducted by interviews between December/2009 and March/2010. The questionnaires for the characterization of patients, the Mini Mental State Examination and the *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* were used. Analyses were performed using exploratory univariate and bivariate statistics, and the confirmatory bivariate among the independent variables and the dimensions of HRQoL. **Results:** Patients with paid work presented higher mean scores reflecting better HRQoL for the majority of the dimensions of the instrument used. **Conclusion:** Work is an important facet of life for these patients and merits the attention of health professionals in the search for strategies that promote and incentivize its maintenance and the reintegration of patients into the labor market.

Keywords: Work; Peritoneal dialysis; Quality of life

RESUMEN

Objetivo: Describir y comparar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (QVRS) de pacientes en Diálisis Peritoneal (DP) que tenían o no trabajo remunerado. **Métodos:** Estudio seccional y poblacional realizado con 82 pacientes de los dos servicios de DP de Ribeirão Preto, (SP). La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas entre diciembre/2009 y marzo/2010. Fueron usados los cuestionarios para la caracterización de los pacientes, el Mini examen del Estado Mental y el *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form*. Se realizaron los análisis estadísticos exploratorio uni y bivariado y la confirmatoria bivariada entre variables independientes y las dimensiones de QVRS. **Resultados:** los pacientes con trabajo remunerado presentaban mayores escores medios reflejando mejor QVRS para la mayoría de las dimensiones del instrumento utilizado. **Conclusión:** el trabajo es una faceta importante de la vida de esos pacientes y merece la atención de los profesionales de la salud en la búsqueda de estrategias que favorezcan e incentiven su mantención y reinserción en el mercado de trabajo.

Descriptores: Trabajo; Diálisis peritoneal; Calidad de vida

* Estudo realizado no Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto (SENERP) e no Serviço de Diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Doutora. Professora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

⁵ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁶ Físico, Doutor, Universidade Federal do Triângulo Mineiro Uberaba-MG, Uberaba (MG), Brasil

Autor Correspondente: **Luciana Kusumota**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Av. Bandeirantes 3900

Ribeirão Preto – SP – CEP 14040-902

E-mail: kusumota@eerp.usp.br

Artigo recebido em 28/08/2011 e aprovado em 11/10/2011

INTRODUÇÃO

Por sua atribuição psicológica e social o sentido do trabalho varia, à medida que deriva do processo de atribuir significados e apresenta-se associado às condições históricas da sociedade. Esta atividade pode satisfazer inúmeras necessidades do indivíduo como obtenção de prestígio e retorno financeiro, permanência em atividade, contato social e relações interpessoais, além de permitir que se sintam úteis à sociedade e autorrealizados⁽¹⁾.

Os pacientes com doenças crônicas dependem de tratamentos de longa duração que lhes impõem limitações, e alterações de grande impacto que repercutem em suas vidas⁽²⁾. O desempenho das tarefas específicas do trabalho pode ser dificultado ou até mesmo, impossibilitado por limitações físicas, cognitivas, dor e fadiga, fato que torna a taxa de emprego das pessoas com doenças crônicas, um pouco ou consideravelmente inferior às das pessoas saudáveis⁽³⁾.

A Doença Renal Crônica (DRC) terminal e seu tratamento implicam mudanças no âmbito familiar, psicológico, ocupacional e social, assim como na necessidade de restrições dietéticas e de tempo para realização do tratamento⁽⁴⁾.

As limitações mesmo importantes para o paciente, não constituem o impedimento direto e absoluto para a realização da atividade laboral⁽⁵⁾. As implicações econômicas da DRC terminal influenciam na entrada no mercado de trabalho e também podem estar associadas à redução nas horas trabalhadas, à menores salários, aposentadoria precoce, saída antecipada do mercado de trabalho e à necessidade de programas de transferência de renda, provocando assim um impacto negativo nos rendimentos desses pacientes⁽⁶⁾.

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos para esses pacientes, e nas necessidades vividas por eles, não só no que se refere aos aspectos financeiros, mas também aos psicossociais, como a presença da ociosidade, do sentimento de inutilidade e desvalorização e da sensação de ser um peso/fardo para a família⁽⁵⁾.

A Diálise Peritoneal (DP) vem sendo apontada como uma modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) que favorece o retorno e a manutenção do paciente com DRC terminal ao mercado de trabalho em função de maior autonomia para o autocuidado, da flexibilidade para a realização do tratamento no domicílio com retorno ao ambulatório apenas uma vez ao mês. Contudo, pode-se observar que esses pacientes ainda encontram dificuldades para continuar desempenhando suas atividades laborais⁽⁷⁾.

As várias implicações do trabalho na vida dos pacientes com DRC em DP podem refletir na sua Qualidade de Vida. Na área da saúde, o termo encontrado na literatura que estabelece relações mais diretas com doenças ou intervenções em saúde é a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) definida como um ótimo nível de função mental, física, social e de papel desempenhado na

vida, abrangendo relacionamentos, percepção de saúde, aptidões, nível de satisfação com a vida e a sensação de bem-estar, além de também relacionar as perspectivas futuras e a satisfação do paciente com seu tratamento, seus resultados e estado de saúde⁽⁸⁾.

Ao mensurar-se a QVRS dos pacientes em DP, pode-se observar além das conseqüências físicas visualmente percebidas na prática clínica. O tratamento dialítico, assim como a própria doença, também pode resultar em conseqüências acentuadas para o paciente, família e amigos, em relação aos aspectos humanos, sociais e econômicos⁽⁹⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever e comparar a QVRS de pacientes em DP atendidos em Ribeirão Preto (SP) que tinham ou não trabalho remunerado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, tipo seccional e populacional realizado com adultos (18-59 anos) e idosos (60 anos e mais)⁽¹⁰⁾, com DRC terminal em tratamento por DP, atendidos nos dois serviços que oferecem essa modalidade de tratamento em Ribeirão Preto – (SP).

No estudo, foram incluídos os pacientes que atenderam aos seguintes critérios: ter 18 anos ou mais de idade; apresentar-se em tratamento por Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) ou Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) por 3 meses ou mais, período de adaptação psicológica à doença e estabilização dos índices de QV⁽¹¹⁾; ter avaliação cognitiva satisfatória no Miniexame de Estado Mental (MEEM)⁽¹²⁾, a fim de obter melhor compreensão do instrumento de QVRS; e não se encontrar hospitalizado por complicações agudas ou em tratamento para peritonite.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com os pacientes na consulta mensal no serviço de diálise, ocorreu de dezembro de 2009 a março de 2010, período no qual havia 114 pacientes em DP. Destes, foram excluídos 32 que não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 82 participantes no estudo.

Os instrumentos utilizados foram: MEEM para a avaliação cognitiva, instrumento de caracterização socioeconômica, demográfica, quanto à DRC terminal e DP adaptado e validado para o estudo⁽¹³⁾ e para a avaliação da QVRS foi usado o *Kidney Disease and Quality of Life-Short Form* (KDQOL-SFTM)⁽¹⁴⁾ na versão traduzida, adaptada e disponibilizada para a cultura brasileira⁽¹⁵⁾. O KDQOL-SFTM é um instrumento que inclui, como medida genérica de avaliação da saúde geral do indivíduo o Medical Outcomes Study MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF36), composto por oito domínios: funcionamento físico (10 itens), função física (4 itens), função emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), energia e fadiga (4 itens) e saúde

geral (5 itens). Em suplemento ao SF36, tem-se uma escala abordando indivíduos com DRC terminal em diálise que inclui 43 itens: sintomas/problemas físicos (12 itens), efeitos da doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), situação de trabalho (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Inclui ainda dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio da equipe profissional de diálise e um item sobre a satisfação do paciente. Os escores dos itens do KDQOL-SF™ variam entre 0 e 100; os valores menores correspondem à QVRS menos favorável, e os escores mais elevados refletem melhor QVRS^(14,15). É importante ressaltar que este instrumento tem como uma de suas dimensões a situação de trabalho, evidenciando que este é uma dimensão que compõe o constructo QVRS.

Em relação aos aspectos éticos, obteve-se consentimento dos dois serviços em questão, na sequência o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, de acordo com processo nº 7272/2009, e os pacientes que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados do instrumento de QVRS foram pré-analisados em um programa disponibilizado pelo KDQOL-SFTM *Working Group* (www.gim.med.ucla.edu/kdqol/). Após, as demais análises foram geradas no *Statistical Package of Social Sciences* versão 11.5. Foram realizadas análises de frequência univariada, tabelas de contingência, medidas de posição (média) e variabilidade (desvio-padrão); e a comparação dos escores médios de QVRS e da variável ter trabalho.

Na caracterização sociodemográfica e econômica, foram usadas as variáveis sexo, idade, cor da pele, escolaridade, estado conjugal, com quem vive e fontes de renda. Foram realizadas comparações entre os escores médios do KDQOL-SF™ para as variáveis ter e não ter trabalho, DPAC e DPA e variáveis clínicas autorreferidas, como fraqueza, déficit visual; diabetes e hipertensão. Também foi feito o teste de Correlação de Pearson entre as dimensões do KDQOL-SF™ e as variáveis: tempo que realiza DPAC ou DPA, número de comorbidades e número de complicações.

RESULTADOS

Destaca-se que 50 (61,0%) pacientes eram do sexo feminino, a idade variou de 21 a 85 anos com média de 61 anos: 36 (43,9%) pacientes eram adultos e 46 (56,1%) idosos. Quanto à escolaridade, verificou-se que 27 (32,9%) tinham de um a quatro anos de estudo e apenas 6 (7,3%) não eram letrados. A maioria, 59 (72,0%) dos pacientes, tinha companheiro (a) e 50 (61,0%) residiam com a família (Tabela 1). Mais da metade dos pacientes, 49 (59,7%), morava em Ribeirão Preto ou em municípios com até 25 km de distância.

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas e econômicas dos 44 pacientes em DPAC e 38 pacientes em DPA. Ribeirão Preto, 2010

	DPAC		DPA		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Faixa etária						
Adulto	17	47,2	19	52,8	36	43,9
Idoso	27	58,7	19	41,3	46	56,1
Escolaridade (anos de estudo)						
Não letrados	4	66,7	2	33,3	6	7,3
Sabe ler /escrever	2	100,0	-	-	2	2,4
1 a 4 anos de estudo	18	66,7	9	33,3	27	32,9
5 a 8 anos de estudo	8	57,1	6	42,9	14	17,1
9 a 11 anos de estudo	11	50,0	11	50,0	22	26,8
12 ou mais anos de estudo	1	9,1	10	90,9	11	13,4
Estado conjugal						
Nunca se casou	2	40,0	3	60,0	5	6,1
Mora com companheiro(a)	31	52,5	28	47,5	59	72,0
Separado ou divorciado	5	62,5	3	37,5	8	9,8
Viúvo	6	60,0	4	40,0	10	12,2
Fontes de renda						
Aposentadoria						
Não tem	11	35,5	20	64,5	31	37,8
Tem	33	64,7	18	35,3	51	62,2
Pensão						
Não tem	44	55,0	36	45,0	80	97,6
Tem	-	-	2	100,0	2	2,4
Trabalho						
Não tem	40	57,1	30	42,9	70	85,4
Tem	4	33,3	8	66,7	12	14,6
Outras fontes de renda*						
Não tem	32	57,1	24	42,9	56	68,3
Tem	12	46,2	14	53,8	26	31,7
Total	44	53,7	38	46,3	82	100,0

* Ajuda financeira de familiares e aluguel.

Somente 12 (14,6%) pacientes possuíam trabalho, a maioria, 51 (62,2%), mantinha-se com a aposentadoria, e dos aposentados 17 (33,3%) eram adultos. Ainda em relação à renda, 26 (31,7%) possuíam outras rendas, como auxílio para idoso ou renda do cônjuge e 2 (2,4%) recebiam pensão de cônjuge já falecido.

Em relação ao tipo de trabalho desenvolvido, foram encontrados avicultor, comerciante, técnico em informática, costureira, motorista, manicure, contador, auxiliar de enfermagem e secretária.

Do total de pacientes entrevistados, 44 (53,7%) realizavam DPAC e 38 (46,3%) DPA. As principais causas etiológicas da DRC terminal dos pacientes estudados, de acordo com o prontuário médico, foram: hipertensão 30 (36,6%), diabetes 30 (36,6%), outra causa 10 (12,2%), causa não especificada 7 (8,5%), rim policístico 7 (8,5%) e glomerulonefrite 5 (6,1%).

Os pacientes em DP citaram com maior frequência as comorbidades: hipertensão arterial 74 (90,2%), anemia 45 (54,9%), Diabetes *mellitus* 33 (40,2%), outras doenças 33 (40,2%), déficit visual 27 (32,9%) e cataratas 22 (26,8%). O número médio de comorbidades para cada paciente foi de 3,5.

As complicações físicas relacionadas à DRC terminal e tratamento por DP autorreferidas com maior frequência foram: picos hipertensivos 49 (59,7%), fraqueza 41 (50%), câimbra 40 (48,8%), ganho de peso 40 (48,8%), constipação intestinal 34 (41,5%) e prurido 33 (40,2%). O número médio de complicações para cada paciente foi de 3,7.

Em relação à comparação dos escores médios das dimensões do KDQOL-SF™ atribuídos pelos pacientes que tinham e os que não tinham trabalho, foi encontrada significância estatística para: funcionamento físico, dor, saúde geral, bem-estar emocional, energia e fadiga, sobrecarga da doença, situação de trabalho, função cognitiva, sono e saúde global, e os pacientes que trabalhavam atribuíram maiores escores, refletindo melhor QVRS às dimensões citadas representados na Tabela 2.

Tabela 2. Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF™ dos pacientes em diálise peritoneal com e sem trabalho (n= 82, exceto quando indicado), e teste-t de comparação entre os dois grupos. Ribeirão Preto, 2010

	Trabalho		Valor de p
	Não Tem μ (dp)	Tem μ (dp)	
Dimensões genéricas			
Funcionamento físico	49,6 (32,6)	87,5 (17,9)	<0,001*
Função física	34,6 (46,9)	50,0 (47,7)	0,299
Dor	80,1 (25,5)	97,5 (8,7)	<0,001*
Saúde geral	59,3 (23,7)	78,3 (15,0)	0,009*
Bem-estar emocional	61,7 (21,7)	75,7 (15,6)	0,037*
Função emocional	68,1 (45,5)	83,3 (38,9)	0,279
Função social	67,0 (24,1)	80,2 (17,2)	0,073
Energia/fadiga	53,7 (20,7)	73,7 (12,0)	<0,001*
Dimensões específicas			
Lista de sintomas/ problemas	81,8 (12,8)	88,7 (8,4)	0,077
Efeitos da doença renal	70,9 (19,0)	79,4 (18,2)	0,156
Sobrecarga da doença renal	43,5 (30,8)	62,0 (24,2)	0,050*
Situação de trabalho	22,1 (27,8)	91,7 (28,9)	<0,001*
Função cognitiva	81,5 (19,1)	93,3 (13,3)	0,016*
Qualidade de interação social	69,3 (20,8)	77,8 (14,6)	0,100
Função sexual**	67,5 (26,8)	72,7 (26,7)	0,575
Sono	62,7 (22,8)	79,4 (10,5)	<0,001*
Suporte social	87,4 (22,4)	80,5 (35,4)	0,378
Estímulo por parte da equipe	95,5 (14,6)	96,9 (10,8)	0,763
Saúde global	65,6 (17,5)	77,5 (14,2)	0,028*
Satisfação do paciente	80,2 (13,7)	76,4 (15,0)	0,377

*Com significância estatística para $p < 0,05$, na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

** n = 46 pacientes

Quanto à dimensão de QVRS, situação de trabalho, foi encontrado escore médio geral de 32,3 e desvio padrão de 37,2, tendo sido a dimensão que obteve menor escore médio dentre todas as outras do instrumento utilizado.

Não foi encontrada significância estatística na dimensão situação de trabalho entre adultos e idosos ($p = 0,607$); entre o sexo feminino e masculino ($p = 0,837$), assim como entre pacientes em DPAC e em DPA ($p = 0,188$).

Quanto aos fatores clínicos que interferiram na dimensão situação de trabalho, houve significância estatística para déficit visual ($p = 0,023$) e Diabetes ($p = 0,012$). Também foi observada a correlação inversa moderada da variável número de comorbidades e a dimensão situação de trabalho ($-0,335$) o que confirma o impacto negativo das comorbidades nessa dimensão da QVRS dos pacientes em DP.

DISCUSSÃO

O maior número de pacientes do sexo feminino na população estudada também foi encontrado em estudo realizado na Região Sul do País⁽¹⁶⁾ em estudo multicêntrico realizado no Brasil com pacientes em DP⁽¹⁷⁾ e em um estudo recente realizado na Espanha⁽¹⁸⁾. De acordo com os dados apresentados pelo IBGE referentes a agosto de 2010, aproximadamente 45,4 % das mulheres estavam inseridas no mercado de trabalho, percentual inferior ao observado na distribuição masculina 54,6 %. Evidenciando que, apesar do aumento no número de mulheres que trabalham, estas ainda representam a menor parcela de trabalhadores no mercado de trabalho⁽¹⁹⁾ e apresentam QVRS prejudicada semelhante à dos homens na dimensão situação de trabalho.

Além do destaque do maior número dos pacientes ser idoso, foi observada uma parcela também significativa de adultos que em menos de uma década, se tornarão idosos. Estudo realizado no Brasil, que avaliou 48% do total de pacientes em DP do País, evidenciou a faixa etária de maior distribuição dos pacientes entre 60-69 anos⁽¹⁷⁾.

A vida laboral do paciente renal crônico tem sido foco de atenção das equipes de diálise e pesquisadores sociais, contudo ainda há poucos estudos sobre a temática. Ainda que a DP tenha como vantagem maior independência de horários para a reinserção no trabalho, por ser realizada em domicílio, somente 12 dos pacientes desta pesquisa possuíam este vínculo, o que também tem sido observado em outros estudos^(20,21).

O tempo que o paciente renal crônico utiliza para lidar com a doença e com os possíveis problemas que o tratamento ocasiona, é um fator dificultador no desempenho laboral, atividade comum no cotidiano da maioria da população⁽²²⁾. O comprometimento físico e as alterações fisiológicas decorrentes dos problemas renais crônicos também podem resultar em dificuldades no cumprimen-

to da jornada de trabalho exigida ou na realização das atividades requeridas no trabalho⁽²²⁾.

A situação de trabalho apareceu tão prejudicada nesta população que a diferença esperada entre as médias de pacientes adultos e idosos, em função das limitações impostas pelo processo de envelhecimento, não apareceu de forma significativa. A atividade laboral é um aspecto que deve ser abordado pelos profissionais de saúde, já que essa doença manifesta-se nas diversas faixas etárias, em especial na fase produtiva de vida das pessoas, afetando assim o cotidiano desses pacientes e de suas famílias.⁽⁵⁾

Vale ressaltar que a maior parte dos sujeitos do estudo era aposentada e, destes, 17(20,7%) eram adultos, o que corrobora as considerações do estudo citado anteriormente. O grande número de pessoas em fase economicamente produtiva com DRC terminal é evidenciado na população brasileira em tratamento dialítico, conforme os achados do censo anual realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, pois 62,1% dos pacientes em diálise tinham entre 20 e 59 anos de idade⁽²³⁾, o que certamente contribui para a saída precoce desses indivíduos do mercado de trabalho.

Os pacientes com DRC terminal que tiveram comparada a atividade laboral desenvolvida antes e depois do início da doença, revelaram que a maioria experimentou mudanças, em decorrência das limitações que a doença e o tratamento impuseram-lhes. Assim referiram a necessidade de alguns tipos de adaptação, além de colaboração de familiares e/ou dos empregadores⁽⁵⁾.

Destaca-se que os impedimentos para a atividade laboral encontrados pelos pacientes com DRC terminal foram: condição física e emocional debilitada, a convivência com a doença, a preocupação com a perda de benefícios relativos à fonte de renda, as exigências dos tratamentos dialíticos, bem como a escolha da modalidade de tratamento que pode afetar, de modo significativo, a capacidade e o desejo de trabalhar do indivíduo⁽⁷⁾. Conforme as estimativas dos pacientes em DP, 51,3% teriam chances de estarem empregados, enquanto os pacientes em HD, apenas 32,2%, teriam tais chances⁽⁷⁾.

Embora prejudicada, esta dimensão apresentou escore médio mais elevado para os pacientes que realizavam DPA. A melhor condição de trabalho experimentada pelos pacientes nesta modalidade corrobora com os achados do estudo prospectivo, multicêntrico e randomizado que, ao comparar os tratamentos DPA e DPAC, constatou que os pacientes em DPA tinham mais tempo para o trabalho, a família e as atividades sociais⁽²⁴⁾, pois o tratamento é realizado no período noturno a DPAC é feita ao longo do dia.

Correlação inversa moderada da dimensão situação de trabalho com número de comorbidades, foi encontrada, resultado este confirmado na análise bivariada entre a dimensão situação de trabalho e Diabetes *mellitus*. Tais

resultados podem ser inferidos pelo aumento das restrições impostas pela doença, a exemplo do déficit visual que, por si só, constitui um dificultador das atividades cotidianas e laborais e que apresentou significância estatística neste estudo.

As comorbidades apresentaram associação com piores escores para funcionamento físico, situação de trabalho, função social, bem-estar emocional e função cognitiva, e a doença mais comum entre os pacientes deste estudo foi Diabetes⁽²⁵⁾, uma das também encontradas em grande número de pacientes no presente estudo com hipertensão arterial e anemia.

A participação no mercado de trabalho pode melhorar a QV, podendo contribuir tanto com os aspectos sociais de redução da incapacidade de trabalhar e das perdas econômicas envolvidas em uma cessação desnecessária e involuntária do trabalho, quanto aos aspectos inerentes ao indivíduo das perdas financeiras, de isolamento social e redução da autoestima que ocorrem ao terem de deixar o trabalho⁽⁶⁾.

Apesar das limitações existentes, é preciso que se invista na busca de soluções para a situação de trabalho dos pacientes em tratamento dialítico. O trabalho constitui uma necessidade humana básica e quando afetada é uma condição de risco para a saúde mental do ser humano, portanto, os profissionais da saúde precisam tentar minimizar essas dificuldades, buscando estratégias que favoreçam e incentivem a reintegração dos pacientes ao mercado de trabalho quando estes têm condições e motivações para tal⁽⁵⁾.

Nesta perspectiva, são necessários, além do apoio desses profissionais, as adaptações e a colaboração por parte dos familiares e, sobretudo, da sociedade, de forma que estes pacientes possam ser inseridos no mercado de trabalho, favorecendo, assim, a oportunidade de ser um indivíduo ativo na sociedade onde vive⁽⁵⁾.

CONCLUSÕES

Os adultos e idosos em DP atendidos em Ribeirão Preto – (SP) com trabalho remunerado apresentaram escores médios mais altos em dez das 19 dimensões avaliadas neste estudo. O trabalho mostrou ser uma faceta importante da vida desses pacientes e merece mais atenção dos profissionais que trabalham em Serviço de Nefrologia, a fim de buscar estratégias que favoreçam e incentivem a manutenção e a reinserção destes no mercado de trabalho sempre que possível.

Os profissionais que prestam assistência aos pacientes em DP podem atuar por meio de intervenções de suporte psicossocial ao paciente e sua família, incluindo o apoio emocional e informativo. É possível também promover encontros entre pacientes, nos quais haja trocas de experiências sobre as atividades relacionadas ao trabalho,

obtenção de informações que os auxilie entender melhor sua doença e tratamento, sobre seus direitos, assim como encontrar melhores formas de se relacionar com o empregador e com os colegas de trabalho. Acredita-se que com o desenvolvimento das intervenções propostas, a equipe de saúde promove o bem-estar físico, mental e social e, consequentemente, à melhor QVRS dos pacientes em DP.

REFERÊNCIAS

1. Tolfo SR, Piccinini V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicol Soc.* 2007; 19 (No Espec): 38-46.
2. Centenaro GA. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(Supl 1):1881-5.
3. Varekamp I, Heutink A, Landman S, Koning CE, Vries G, van Dijk FJ. Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change. *J Occup Rehabil.* 2009; 19(4):398-408.
4. Martins JP, Martins CT. Equipe multiprofissional na atenção ao doente renal crônico. In: Cruz J, Cruz HM, Kirsztajn GM, Barros RT, coordenadores. *Atualidades em nefrologia.* Vol. 11. São Paulo. Sarvier; 2010.p.325-331.
5. Carreira L, Marcon SS. [Daily life and work: conceptions of chronic renal insufficiency patients and their relatives]. *Rev Latinoam Enferm.* 2003;11(6):823-31. Portuguese.
6. Godoy M, Balbinotto Neto G, Barros PP, Ribeiro EP. Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil [Internet]. 2006 [citado 2010 Jul 8]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2006_01.pdf
7. Hirth RA, Chernew ME, Turenne MN, Pauly MV, Orzol SM, Held PJ. Chronic illness, treatment choice and workforce participation. *Int J Health Care Finance Econ.* 2003; 3(3): 167-81.
8. Bowling A. *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales.* 2nd ed. Buckingham (PA): Open University Press; c2001.
9. São Paulo. Prefeitura Municipal. Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro [Internet]. 2007 [citado 2009 Jun 22]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/programas/0007/Doenca_Renal_Cronica.pdf
10. Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 1994.
11. Anes EJ, Ferreira PL. Qualidade de vida em diálise. *Rev Port Saúde Pública.* 2009; volume temático(8):67-82.
12. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B):777-81. Portuguese.
13. Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
14. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. *Qual Life Res.* 1994; 3(5):329-38.
15. Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of Life –Short Form (KDQOL-SF1.3)” in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005; 38(2):261-70.
16. Zillmer GV, Schwartz E, Jardim VM, Muniz RM, Bueno ME, Feijó AM. [Characterization of clients in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) from south region of Brazil]. *Cogitare Enferm.* 2009; 14(2):318-23. Portuguese.
17. Fernandes N, Bastos MG, Cassi HV, Machado NL, Ribeiro JA, Martins G, et al. The Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study (BRAZPD): characterization of the cohort. *Kidney Int Suppl.* 2008; (108): S145-51.
18. Neyra RM, Segura FC, Espejo JL. Salud percibida por los pacientes en DPCA y DPA. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2008; 11(2):102-9.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Indicadores IBGE. Pesquisa mensal de emprego [Internet]. 2010 [citado 2010 Out 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/pme_201008pubCompleta.pdf
20. Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SFTM questionnaire. *Qual Life Res.* 2000; 9(2):195-205.
21. Wong FK, Chow SK, Chan TM. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(3):268-78.
22. de Lara EA, Sarquis LM. [The chronic renal patient and the development of the work]. *Cogitare Enferm.* 2004; 9(2): 99-106. Portuguese.
23. Sesso R, Lopes AA, Thomé SF, Bevilacqua JL, Romão Junior JE, Lugon J. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. *J Bras Nefrol.* 2008;30(4):233-8.
24. Bro S, Bjorner JB, Tofte-Jensen P, Klem S, Almqvist B, Danielsen H, et al. A prospective, randomized multicenter study comparing APD and CAPD treatment. *Perit Dial Int.* 1999; 19(6): 526-33.
25. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney Int.* 2002; 61(1):239-48.

AGRADECIMENTOS

À equipe de profissionais do Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto (SENERP) e do Serviço de Diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão – USP, pela receptividade e colaboração para a realização deste trabalho.