

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PRPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

ASPECTOS RELACIONADOS A ATIVIDADE LABORAL EM PACIENTES
SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO CRÔNICO

MESTRANDA: NICOLE CALDEIRA SKREBSKY MENEGAZZO

ORIENTADOR: PROFESSOR DR. HELBERT DO NASCIMENTO LIMA
COORIENTADORA: PROFESSORA DRA. CLAUDIA SOMBRIO FRONZA
COORIENTADOR: PROFESSOR DR. ANTONIO VINICIUS SOARES

JOINVILLE

2022

NICOLE CALDEIRA SKREBSKY MENEGAZZO
ASPECTOS RELACIONADOS A ATIVIDADE LABORAL EM PACIENTES
SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO CRÔNICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde e Meio Ambiente, sob orientação do professor Dr. Helbert do Nascimento Lima, coorientação da professora Dra. Cláudia Sombrio Fronza e professor Dr. Antonio Vinicius Soares

Joinville - SC

2022

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

M541a Menegazzo, Nicola Caldeira Skrebsky
Aspectos relacionados a atividade laboral em pacientes submetidos a tratamento hemodialítico crônico / Nicola Caldeira Skrebsky Menegazzo; orientador Dr. Helbert do Nascimento Lima; coorientadores Dra. Cláudia Sombrio Fronza, Dr. Antonio Vinicius Soares. – Joinville: UNIVILLE, 2022.

74 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)

1. Hemodiálise - Pacientes. 2. Insuficiência renal crônica. 3. Qualidade de vida. 4. Trabalho. I. Lima, Helbert do Nascimento (orient.). II. Fronza, Cláudia Sombrio (coorient.). III. Soares, Antonio Vinicius. (coorient.). IV. Título.

CDD 617.461

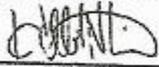
Termo de Aprovação

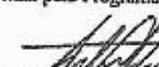
"Aspectos Relacionados a Atividade Laboral em Pacientes Submetidos a Tratamento Hemodialítico Crônico"

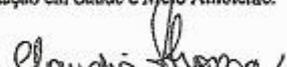
por

Nicole Caldeira Skrebsky Menegazzo

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestra em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.

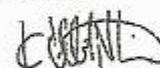

Prof. Dr. Helbert do Nascimento Lima
Orientador (UNIVILLE)

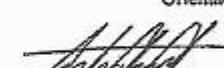

Prof. Dr. Antonio Vinicius Soares
Coorientador (UNIVILLE)


Profa. Dra. Claudia Sombrio Fronza
Coorientadora (FURB)


Prof. Dr. Luciano Lorenzi
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Helbert do Nascimento Lima
Orientador (UNIVILLE)


Prof. Dr. Antonio Vinicius Soares
Coorientador (UNIVILLE)


Profa. Dra. Claudia Sombrio Fronza
Coorientadora (FURB)


Prof. Dr. João Carlos do Amaral Lozovey
(UFPR)


Prof. Dr. Marcelo Pitombeira de Lacerda
(UNIVILLE)

Joinville, 17 de fevereiro de 2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu orientador, sem o qual não teria conseguido concluir esta difícil tarefa.

Obrigada por todo apoio!

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do processo de construção dessa pesquisa.

Aos meus pais, meu marido e filhos, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Quero agradecer ao Professor Helbert por ser uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de todo o projeto. Muito obrigada!

Aos demais professores do Programa, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no processo de formação profissional.

Obrigada aos acadêmicos de medicina Israel e Mateus por toda a ajuda e apoio.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Existe um crescente número de pacientes em idade laboral em tratamento hemodialítico. Tal modalidade de tratamento pode ser um grande desafio para manter o trabalho e causar prejuízo na qualidade de vida.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico realizada em 3 centros de hemodiálise no norte do Estado de Santa Catarina no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 com pacientes em idade laboral (18 a 55 anos) em tratamento hemodialítico há mais de 3 meses. Utilizou-se um questionário próprio para avaliar os aspectos relacionados ao trabalho e outras variáveis com relação a manutenção do trabalho após início da hemodiálise. A qualidade de vida foi avaliada por meio do Questionário de Qualidade de Vida SF-36. A condição laboral foi avaliada em relação a qualidade de vida através de um modelo de regressão logística.

Resultados: Dos 108 pacientes com média de idade 43,3 +/- 8,8 anos, mediana do tempo em diálise de 19 meses (variação interquartil 7,6/40,4 meses), 57,8% homens, 78,9% estavam trabalhando seis meses antes do início da hemodiálise, 39,8% após 6 meses do início da HD. Com relação ao trabalho, antes e após 6 meses do início da hemodiálise, estar trabalhando associou-se a maior qualidade de vida, após ajuste do sexo, escolaridade, renda e tempo em hemodiálise (OR=5,3; 95%IC 1,4-19,6, p=0,013).

Conclusão: Existe uma significativa queda da manutenção do emprego após o início da hemodiálise. Manter o trabalho durante a hemodiálise associou-se com uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hemodiálise. Doença renal crônica terminal. Trabalho. Qualidade de vida. Insuficiência renal.

ABSTRACT

Introduction: There is a growing number of working-age patients undergoing hemodialysis. Such a treatment modality can be a major challenge to maintain work and impair quality of life.

Methods: This is an observational, cross-sectional, descriptive and analytical study carried out in 3 hemodialysis centers in the north of the State of Santa Catarina from December 2020 to February 2021 with patients of working age (18 to 55 years) in hemodialysis treatment for more than 3 months. A specific questionnaire was used to assess aspects related to work and other variables regarding the maintenance of work after starting hemodialysis. Quality of life was assessed using the SF-36 Quality of Life Questionnaire. The working condition was evaluated in relation to quality of life through a logistic regression model.

Results: Of the 108 patients with a mean age of 43.3 +/- 8.8 years, median time on dialysis of 19 months (interquartile range 7.6/40.4 months), 57.8% were men, 78.9% were working six months before starting of hemodialysis, 39.8% after 6 months of HD initiation. With regard to work, before and 6 months after the start of hemodialysis, being working was associated with a higher quality of life, after adjusting for sex, education, income and time on hemodialysis (OR=5.3; 95%CI 1.43-19.6, p=0.013).

Conclusion: There is a significant drop in job maintenance after starting hemodialysis. Keeping work during hemodialysis was associated with a better quality of life

Keywords: Hemodialysis. End-stage chronic kidney disease. Work. Quality of life. Renal insufficiency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Classificação da DRC	18
Figura 2: Inquerito Brasileiro de Diálise.....	20
Figura 3: Diálise peritoneal.....	22
Figura 4: Hemodiálise	23
Figura 5: Fístula arteriovenosa.....	23
Figura 6: Cateter para hemodiálise	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Síntese dos principais estudos sobre prevalência da atividade laboral após início da hemodiálise	33
Tabela 2: Pacientes trabalhando ou não até 6 meses antes do início da HD (n=108)	39
Tabela 3: Pacientes trabalhando ou não nos primeiros 6 meses do Início da HD (n=108).....	41
Tabela 4: Percepções de pacientes que não trabalham (n=83)	42
Tabela 5: Impressões sobre o trabalho em pacientes trabalhando (n=21).....	43
Tabela 6: Escore Total e Domínios do Instrumento de Qualidade de Vida (SF-36) na Amostra Total e Estratificada pela Situação Laboral Atual dos Pacientes em Hemodiálise (n=96)	44
Tabela 7: Razão de chance não ajustada e ajustada entre situação laboral e escore de qualidade de vida (SF-36) acima da mediana (n=91) através Método Mantel-Haenszel (n=91).....	45
Tabela 8: Análise Multivariada entre associação da situação laboral e escore de qualidade de vida (SF-36) acima da mediana (n=91) por Regressão Logística.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS

DRC	Doença Renal Crônica
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CEP	Comitê De Ética Em Pesquisa
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM Tipo 2	Diabetes Melitus Tipo 2
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
FAV	Fístula Arteriovenosa
HD	Hemodiálise
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
KDOQI	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
LES	Lupus Eritematoso Sistêmico
OMS	Organização Mundial De Saúde
pmp	Por Milhão Da População
PPGSMA	Programa De Pós-Graduação Em Saúde E Meio Ambiente
QV	Qualidade De Vida
SBN	Sociedade Brasileira De Nefrologia
SLANH	Sociedade Latino-Americana De Nefrologia E Hipertensão
SUS	Sistema Único De Saúde
TCLE	Termo De Consentimento Livre E Esclarecido
TFG	Taxa De Filtração Glomerular
THD	Terapia Hemodialítica
TRS	Terapias Renais Substitutivas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 HIPÓTESES	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
4.1 Definição de DRC	18
4.1.1 Epidemiologia da DRC.....	19
4.1.2 A DRC no Brasil e em Santa Catarina	19
4.1.3 Tratamento para DRC estágio 5	21
4.1.4 Terapia Renal Substitutiva e seus impactos financeiros.....	25
4.2 Importância do trabalho	25
4.2.1 Hemodiálise e suas repercussões na vida laboral e qualidade de vida	26
4.2.2 Epidemiologia relacionado a vida laboral e hemodiálise.....	30
5 MÉTODOS	34
5.1 Aspectos éticos	34
5.2 Desenho e local do estudo	34
5.3 Participantes do estudo	34
5.4 Critérios de inclusão e exclusão	34
5.5 Coleta de dados	35
5.6 Análise Estatística	36
5.7 Interdisciplinaridade	37
6 RESULTADOS	38
6.1 Característica dos pacientes com base na situação laboral seis meses do início da hemodiálise	40
6.2 Característica dos pacientes com base na situação laboral nos primeiros seis meses após o início da hemodiálise	40
6.3 Outras características dos pacientes com base na situação laboral no momento da pesquisa	42
6.4 Qualidade de vida e associação com a situação atual do trabalho	43
7 DISCUSSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS	56

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS DAS ATIVIDADES LABORAIS	60
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
APÊNDICE D – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	68

1 INTRODUÇÃO

O estudo sobre o trabalho e seu sentido possui diferentes abordagens teórica-metodológicas. Entretanto, os psicólogos Hachman e Oldhan (1975) apresentam importante contribuição para reflexão ao associarem qualidade de vida no trabalho ao sentido que o trabalho tinha para cada indivíduo (HACHMAN; OLDHAN, 1975). Para eles, um trabalho que faria sentido seria aquele que fosse importante, útil e legítimo para aqueles que o realizam (HACHMAN; OLDHAN, 1975). Segundo o antropólogo e sociólogo Morin (2001), a maioria das pessoas, mesmo que tivessem condições para viver o resto da vida confortavelmente, continuariam a trabalhar (MORIN, 2001). O autor argumenta que o trabalho, além de ser uma fonte de sustento, é um meio de se relacionar com os outros, de se sentir como parte integrante de um grupo ou da sociedade, de ter uma ocupação e um objetivo a ser alcançado na vida (MORIN, 2001). O trabalho abriga um lugar importante na sociedade (VECCHIO, 1990) e desempenha influência sobre a motivação dos trabalhadores (HACHMAN; OLDHAN, 1975).

Os valores relacionados com o trabalho, tais como: se ter um propósito na vida, conviver com outras pessoas ou ter um sentimento de vinculação, estabelecem-se já na infância e na adolescência e servem como referência para as pessoas organizarem e pensarem sua vida em diferentes etapas e em situações sociais diversas (TOLFO; PICCININI, 2007). O significado que o trabalho tem para cada pessoa é construído por meio da compreensão da subjetividade individual, visto que os indivíduos se apropriam de vários elementos relativos ao trabalho e os ressignificam. E este, por sua vez, ocupa papel fundamental na construção do sujeito, no exercício da cidadania e na constituição da sua subjetividade (LIMA *et al.*, 2013). Assim, o modo como os indivíduos trabalham e o que eles fazem, impacta no que eles pensam e no modo como enxergam sua liberdade e independência (MORIN, 2001). Além disso, o salário que ele proporciona permite que as necessidades básicas e a autonomia sejam mantidas, além de preservar sua dignidade perante aos outros (MORIN, 2001). Isto está em acordo com o que se define no conceito de trabalho como sendo uma atividade que tem um objetivo (BRIEF; NORD, 1990; FRYER; PAYNE, 1984).

Tendo em vista a centralidade que o trabalho ocupa na vida das pessoas, e seu valor à atividade humana, contribuindo para a satisfação de necessidades não apenas econômicas, mas também psicológicas e sociais, torna-se relevante buscar

compreender como pessoas portadoras de doenças crônicas se organizam após o diagnóstico de sua doença e que pode ter grande impacto na sua vida diária (LIMA *et al.*, 2013). Desta forma, portadores de doença renal crônica (DRC) em terapia hemodialítica podem apresentar importantes mudanças no seu cotidiano com reflexo em sua qualidade de vida (LIMA *et al.*, 2013).

Em julho de 2019, o número total estimado de pacientes em diálise no Brasil foi de 140.000 (NEVES *et al.* 2021). Destes pacientes, 93,2% estavam em hemodiálise (HD). Além disso, o uso de cateter venoso, como meio de acesso para realização da hemodiálise, era de 24,8%, situação esta que pode impactar a manutenção da vida laboral (NEVES *et al.* 2021). Segundo dados do Inquérito Brasileiro de Diálise, o número de paciente em terapia dialítica triplicou nos últimos 20 anos (NEVES *et al.* 2021). Os principais motivos deste aumento têm sido apontados pelo envelhecimento da população e maior prevalência de Diabetes Mellitus (EL NAHAS; BELLO, 2005). Este grande aumento, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, do número de pacientes com DRC necessitando tratamento dialítico, ameaça atingir proporções cada vez maiores nas próximas décadas, sendo um importante desafio no que tange aos cuidados destes pacientes e na sua reintegração social e laboral (EL NAHAS; BELLO, 2005).

Cada paciente vivencia de modo único os impactos do tratamento, devido as suas características peculiares e experiências vivenciadas (LEMOS; BARSAGLINI; PAZ, 2016). Mesmo assim, além das próprias repercussões da doença e do seu tratamento no dia a dia dos pacientes em diálise (fraqueza, dores constantes, cicatrizes, restrições alimentares e sociais), o afastamento ou a perda do trabalho tem sido bastante presente no contexto destes pacientes que dependem do tratamento dialítico para manutenção de sua vida (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990; CAMPOS; TURATO, 2010; VAREKAMP *et al.*, 2009). No Brasil, alguns estudos com base em alguns centros de hemodiálise, tem demonstrado que cerca de 23% dos pacientes permanecem em alguma atividade laboral (LARA; SARQUIS, 2004; CARREIRA *et al.*, 2003). Embora a manutenção da atividade laboral se mostre positiva, ela demonstra um grande desafio para o paciente em terapia dialítica (LARA; SARQUIS, 2004; CARREIRA; MARCON, 2003).

Tendo em vista que o Brasil é o terceiro país do mundo com maior número de pacientes em terapia renal dialítica (SESSO; LUGON, 2020) e considerando o impacto do tratamento dialítico sobre a vida laboral de pacientes submetidos a este tratamento

crônico, existe a necessidade de ampliar o conhecimento sobre esta temática. Além disso, compreender melhor a visão do próprio paciente sobre as dificuldades e anseios relacionados a vida laboral enquanto em tratamento dialítico pode contribuir para o fortalecimento do cuidado destes pacientes e favorecer sua inclusão no mundo do trabalho (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOKE, 2016).

Nesta dissertação, o tema trabalho ocupa uma centralidade, considerando que os pacientes em diálise são/eram trabalhadores que vivenciaram mudanças expressivas na sua condição pessoal, social, econômica e na qualidade de vida, após a adesão ao tratamento hemodialítico.

2 HIPÓTESES

H0 - O tratamento hemodialítico não interfere na manutenção do trabalho e sua associação na qualidade de vida dos pacientes submetidos a este tratamento de forma crônica.

H1 - O tratamento hemodialítico interfere na manutenção do trabalho e sua associação na qualidade de vida dos pacientes submetidos a este tratamento de forma crônica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os aspectos epidemiológicos relacionados a manutenção da atividade laboral em pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico e seus impactos na qualidade de vida.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais motivos que levam os pacientes a parar de trabalhar após o início da hemodiálise;
- Comparar as características sociodemográficas e relacionadas ao tratamento hemodialítico dos pacientes que pararam de trabalhar com os que continuaram trabalhando antes e após o início da diálise;
- Investigar se os tipos de profissão afetam a permanência no trabalho durante a fase de tratamento dialítico;
- Avaliar se existe diferença da qualidade de vida verificada por meio de escala padronizada entre os pacientes que mantêm ou não atividade laboral;
- Investigar os desafios, frustrações e anseios destes pacientes em relação ao trabalho durante o início do tratamento dialítico.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Definição de DRC

Conceitualmente a DRC é definida como uma anormalidade da estrutura (presença de lesão) ou função renal, presente por 3 meses ou mais, com implicações para a saúde. Considera-se lesão renal, a presença de proteinúria ou microalbuminúria persistente, a alteração nos exames de imagem ou anatomopatológico do rim ou do sedimento urinário (KDIGO, 2013). A DRC pode ser classificada em cinco estágios com base na taxa de filtração glomerular (TFG) e/ou proteinúria (HILL *et al.*, 2016). Conforme o estadiamento da DRC (Figura 1), definido pela *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI), a DRC é classificada em estágios 1 (mais leve) a 5 (mais grave) (SINGH, 2016).

As causas mais comuns de DRC são hipertensão arterial sistêmica e diabetes (NEVES *et al.*, 2021). No entanto, outras causas possíveis são glomerulonefrite crônica, nefropatias túbulointersticiais, doença de depósito (amiloidose) e doenças hereditárias, tal como doença renal policística (DRAIBE; NETO; AJZEN, 2007).

Figura 1: Classificação da DRC

**CURRENT CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) NOMENCLATURE
USED BY KDIGO**

CKD is defined as abnormalities of kidney structure or function, present for >3 months, with implications for health. CKD is classified based on Cause, GFR category (G1–G5), and Albuminuria category (A1–A3), abbreviated as CGA.

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria category

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories		
				Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min per 1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green, low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); yellow, moderately increased risk; orange, high risk; red, very high risk.

Fonte: KDIGO (2013) - Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease

4.1.1 Epidemiologia da DRC

Calcula-se que em torno de oito milhões de norte-americanos apresentam uma diminuição da função renal em mais de 50% (CORESH *et al.*, 2007) e uma alta prevalência de DRC nos últimos anos foi demonstrada por meio do aumento do número de indivíduos que necessitam de diálise (CORESH *et al.*, 2007; LYSAGHT, 2002). Estima-se que em torno de 7 milhões de norte-americanos possuem uma TFG menor que 60ml/min/1,73m² (CORESH, 2003). Nos países desenvolvidos observa-se um aumento nas frequências de diabetes do tipo 2, obesidade e HAS, considerados fatores de risco para o desenvolvimento de DRC dialítica (HILLAGE *et al.*, 2001; WHO, 2008).

Nas últimas três décadas, o número de pessoas em diálise aumentou muito no mundo, sendo que em 2010, o número de pacientes em diálise foi superior a 2 milhões pessoas e possivelmente este valor irá duplicar até 2030 (KDIGO, 2013). Vários fatores contribuíram para este aumento: a sobrevivência na população em geral, redução da mortalidade de pacientes em diálise, aumento da incidência de DRC, ampliação da aceitação da terapia de reposição renal e maior acesso à diálise crônica em países de baixa e média renda (KDIGO, 2013).

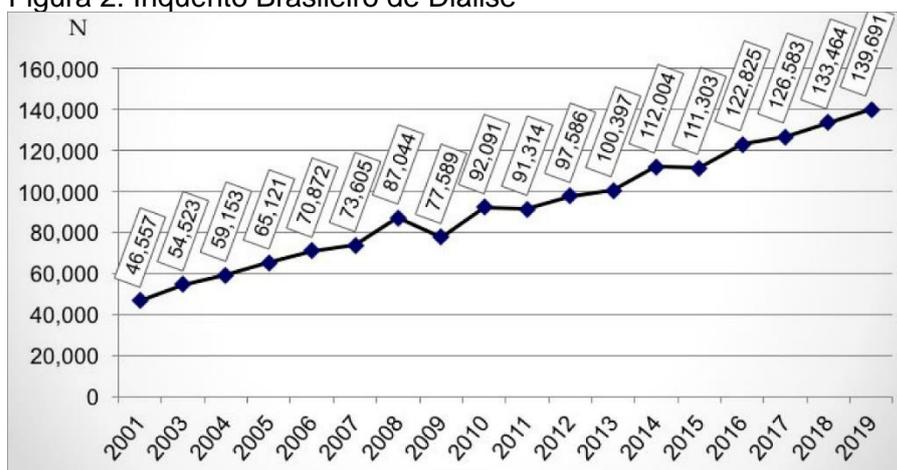
4.1.2 A DRC no Brasil e em Santa Catarina

A doença renal é um importante problema de saúde pública no Brasil (PICOLLI; NASCIMENTO; RIELLA, 2017). As estimativas das taxas de prevalência e incidência de pacientes em tratamento dialítico, coletadas por meio de dados do Inquérito Brasileiro de Diálise, de 2019 por milhão da população (pmp) foram 665 de prevalência e 218 de incidência, com médias de aumento anuais de 25 pmp e 14 pmp, respectivamente (NEVES *et al.* 2021). Dos pacientes prevalentes, 93,2% estavam em hemodiálise (HD), 6,8% em diálise peritoneal (DP), e 23,6% em fila de espera para transplante (NEVES *et al.* 2021). Este dado mostra que o número absoluto de pacientes e as taxas de incidência e prevalência em diálise no país continuam aumentando (Figura 2) (NEVES *et al.* 2021).

Até julho de 2019, o número total estimado de pacientes em diálise no Brasil foi de 139.691 (NEVES *et al.* 2021), destes pacientes, 110.355 eram subsidiados pelo SUS (NEVES *et al.*, 2021). Em relação ao perfil dos pacientes em diálise no Brasil no

ano de 2019, 58% eram do sexo masculino, 42,5% dos pacientes tinham entre 45 e 64 anos e a nefrosclerose hipertensiva era a doença de base predominante com 34% (NEVES *et al.*, 2021). Esta análise do perfil dos pacientes em diálise no Brasil mostra o predomínio de homens e um aumento progressivo da faixa etária destes pacientes (NEVES *et al.*, 2021). A taxa de prevalência no Brasil está acima da meta estabelecida para a América Latina pela Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão (SLANH), sendo considerada alta entre as regiões do Brasil (THOMÉ *et al.*, 2019). A incidência varia entre as regiões brasileiras também. Tem-se uma representatividade crescente de idosos realizando diálise, porém a faixa etária mais acometida está entre 20 e 74 anos, predominando entre 45 e 64 anos, justamente o intervalo de idade em que se tem uma população com idade economicamente ativa (THOMÉ *et al.*, 2019).

Figura 2: Inquérito Brasileiro de Diálise



Fonte: Neves et al., (2021)

Em Santa Catarina, do total de pacientes em tratamento dialítico em 2016, 55,7% eram pacientes do sexo masculino e em torno de 69% dos pacientes tinham menos de 65 anos (SANTA CATARINA, 2018). Tal fato aponta que grande parte dos pacientes em diálise são indivíduos em idade produtiva (NERI *et al.* 2005). Em relação a cobertura de planos de saúde no estado de Santa Catarina, 92,9% são pacientes cobertos pelo SUS (SANTA CATARINA, 2018). No estado de Santa Catarina, segundo a SBN (2021), as clínicas que realizam HD se localizam em Tubarão, Curitibanos, Videira, Criciúma, Joinville, Araranguá, São Miguel do Oeste, Chapecó, São Bento do Sul, Balneário Camboriú, Luzerna, Florianópolis, Brusque, Concórdia e Xanxerê. Pode-se perceber que somente as cidades de grande e médio porte possuem este serviço (SBN, 2021). É coerente pensar que isto é um empecilho ao trabalho, se pensar que muitos pacientes moram em cidades distantes desses

centros, levando um tempo maior com transporte, além do tempo dispendido com o próprio procedimento e possíveis intercorrências (KUTNER *et al.*, 2008).

4.1.3 Tratamento para DRC estágio 5

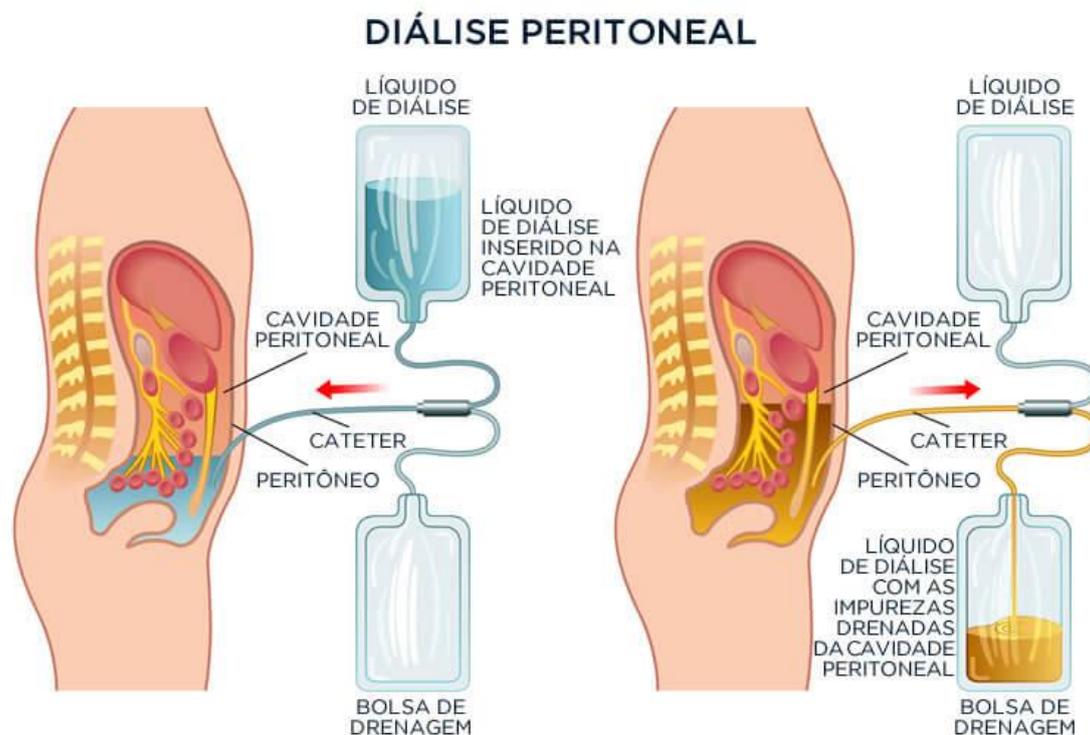
O início do preparo para terapia renal substitutiva (TRS) se dá quando o paciente se encontra de forma persistente no estágio 5 da DRC (DAUGIRDAS *et al.* 2015). Como terapia renal substitutiva encontramos na literatura as seguintes opções de tratamento: a diálise peritoneal (DP), a hemodiálise (HD) e o transplante renal (DAUGIRDAS *et al.* 2015).

Em todo o mundo, o número de pacientes em diálise está aumentando, sendo que o momento de iniciar o tratamento dialítico e a modalidade a ser empregada, definidas com base nos exames laboratoriais, condição clínica e desejo do paciente (CHAN *et al.*, 2019). Existe uma clara associação com uma menor sobrevida e maior morbidade nos casos em que o paciente não é preparado para iniciar a diálise e o início precisa ser urgente (CHAN *et al.*, 2019).

Um dos métodos de diálise é a DP. Trata-se de um líquido de diálise infundido na cavidade peritoneal e drenado através de um cateter que é implantado no abdômen (Figura 3).

A solução de diálise que é infundida, permanece por um determinado tempo na cavidade peritoneal para posteriormente ser drenada (DAUGIRDAS *et al.*, 2015). Tanto a infusão, quanto a drenagem são realizadas pelo próprio paciente ou por meio de uma máquina de forma automatizada (CHAN *et al.*, 2019), essa solução entra em contato com o sangue e isso permite que as substâncias acumuladas em excesso no sangue, tais como ureia, creatinina e potássio sejam removidas, bem como o excesso de líquido que não está sendo eliminado pelos rins (CHAN *et al.*, 2019).

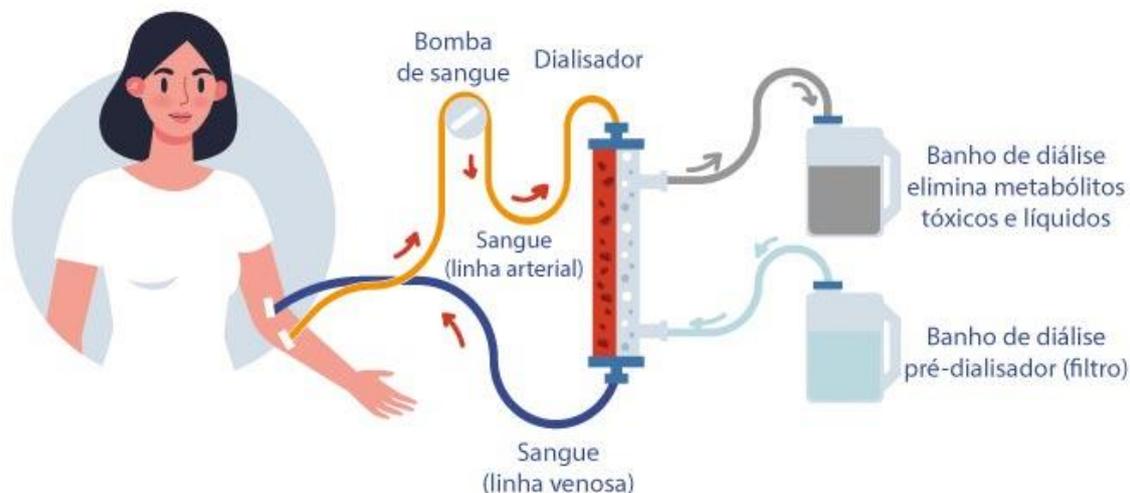
Figura 3: Diálise peritoneal



Fonte: Lazaretti (2021) Disponível em: <https://drarthurnefrologia.com/dialise/peritoneal>. Acesso em: 10 jan. 2021.

Outro tratamento possível, e o mais utilizado em todo o mundo, é a HD (PEREIRA *et al.*, 2016). No Brasil 92,2% dos pacientes em diálise utilizam esta modalidade de tratamento (NEVES *et al.*, 2021). A prevalência de pacientes em HD é muito superior à diálise peritoneal DP, tanto no Brasil quanto em diversos países (JASSAL *et al.*, 2002). A HD é um método de depuração extracorpórea pelo qual o sangue é colocado em contato com uma solução de diálise (banho de diálise ou dialisato) por meio de uma membrana semipermeável dentro de um filtro chamado de capilar ou dialisador (Figura 4). Por meio deste capilar são realizadas as trocas entre as substâncias do sangue e excesso de líquido com a solução de diálise (VERONESE; MANFRO; THOMÉ, 1999).

Figura 4: Hemodiálise



Fonte: Castro (2019). Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/nefrologia/dialise/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

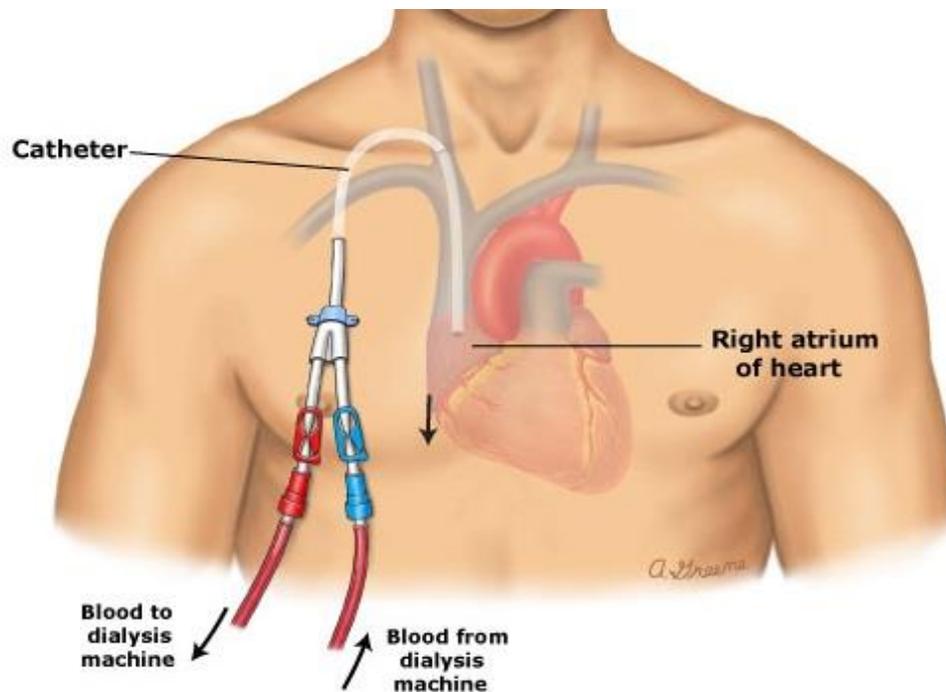
Para que o sangue passe, de forma extracorpórea por este capilar, é necessário a confecção de uma veia de alto fluxo no braço do paciente por meio de uma anastomose entre uma veia e artéria (Figura 5), chamada fístula arteriovenosa (FAV) (FRANCO, 2021; SBN, 2021). Através desta FAV é possível atingir alto fluxo de sangue para que o tratamento seja realizado. Na falta de uma FAV o tratamento é feito por meio da colocação de um cateter venoso em uma veia central (Figura 6), até que seja possível a confecção da FAV. Este tratamento, realizado por meio de uma máquina, têm por finalidade filtrar o sangue, ou seja, fazer o trabalho que o rim doente não consegue mais fazer, eliminando o excesso de toxinas e líquidos, bem como equilibrando os níveis de eletrólitos corporais (RIBEIRO; JORGE; QUEIROZ, 2020; DAUGIRDAS *et al.* 2015).

Figura 5: Fístula arteriovenosa



Fonte: Lazaretti (2021). Disponível em: <https://drarthurnefrologia.com/dialise/hemodialise>. Acesso em: 10 jan. 2021.

Figura 6: Cateter para hemodiálise



Fonte: Disponível em: <https://www.sanarmed.com/acesso-venoso-central>. Acesso em: 10 jan. 2021.

As sessões de HD são realizadas geralmente em clínicas especializadas ou hospitais (SBN, 2021). O tempo da sessão de HD varia de acordo com o estado clínico do paciente, superfície corporal e função renal residual, mas em geral dura de três a quatro horas, sendo realizado de três ou mais vezes por semana, conforme a necessidade do paciente (CHAN *et al.*, 2019). Além disso, o paciente com DRC dialítica necessita seguir uma dieta rigorosa quanto ao consumo de potássio, fósforo e água (SANTA CATARINA, 2018). Tais cuidados são importantes para a sobrevivência do paciente e refletem a adesão do paciente ao tratamento (NESRALLAH *et al.*, 2016).

A terceira possibilidade de tratamento é o transplante renal (GARCIA; KEITEL, 2021). Neste procedimento, um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador de DRC avançada (GARCIA; KEITEL, 2021). O transplante renal é considerado a mais completa alternativa de substituição da função renal (GARCIA; KEITEL, 2021). No entanto, nem todos os pacientes apresentam condições clínicas para realização de um transplante ou o tempo até realização de um transplante pode ser prolongado, devido ao número limitado de órgãos disponíveis para transplante (GARCIA; KEITEL, 2021).

4.1.4 Terapia Renal Substitutiva e seus impactos financeiros

O grande aumento de pacientes com doença renal crônica representa um sério problema de saúde pública no Brasil e na vida dos pacientes que necessitam iniciar tratamento dialítico (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Em relação aos gastos públicos envolvidos no tratamento da DRC, a terapia renal substitutiva representa um gasto anual levemente ascendente nos últimos anos (PERES *et al.*, 2010). Visto que a perda da função renal é irreversível e o avanço da doença causa complicações, além dos custos envolvidos diretamente com a terapia renal substitutiva, adiciona-se a isso os valores para tratamento das comorbidades associadas (PERES *et al.*, 2010).

Cherchiglia *et al.* (2010) calcularam o custo de cada indivíduo com doença renal em TRS, avaliando os custos ambulatoriais totais: procedimentos, medicamentos e exames pagos pelo SUS, no período de 2000-2004, com doentes renais crônicos que iniciaram HD e DP no ano de 2000, no Brasil. Estes gastos médios foram atualizados para outubro de 2013 pelo deflator calculado com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010). Os valores individuais anuais da DP e da HD após a atualização foram de R\$ 44.026,40 e R\$ 34.849,36 por paciente, respectivamente (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010).

Em longo prazo, os custos diretos acumulados das terapias dialíticas ultrapassam os custos acumulados do transplante renal, que seria o melhor tratamento para os pacientes com DRC estágio final (SILVA *et al.*, 2016). A DRC dialítica causa implicações econômicas, pois influencia na entrada ou permanência no mercado de trabalho e, muitas vezes, está relacionada à redução das horas trabalhadas, salários mais baixos, aposentadoria precoce, saída antecipada do mercado de trabalho; causando assim um impacto negativo nos rendimentos desses pacientes e de seus familiares (GODOY; NETO; RIBEIRO, 2006). Godoy, Neto e Ribeiro (2006) calculam uma diminuição de 11% na renda das pessoas portadoras de insuficiência renal crônica devido a diminuição da capacidade laboral.

4.2 Importância do trabalho

As necessidades sociais e as relações de trabalho, são produzidas pelas relações que os homens desenvolvem para produzir sua existência material e

espiritual (RAMOS, 2007). Neste sentido, o trabalho seria o meio pelo qual a existência é produzida e mantida como bem-estar físico, mental e social (RAMOS, 2007). No capitalismo, a transformação do trabalho em mercadoria, gera novas determinações sociais e uma complexa relação, intermediada por classes sociais (RAMOS, 2007). Segundo Ramos (2007), o trabalho, produto histórico e social, objetivado e materializado deve ser pensado na dinâmica do desenvolvimento capitalista, ocupando uma centralidade da vida das pessoas e um eixo estruturante do viver em sociedade.

O trabalho executa papel considerável na organização da vida dos trabalhadores ao permitir, por meio deste, crescimento pessoal, familiar, social e financeiro (FARIA; LEITE; SILVA, 2017). Existem, porém, sentimentos que oscilam entre sofrimento e prazer. De um lado o prazer, estando relacionado à qualidade de vida e ao bem-estar no trabalho, e de outro, o sofrimento, quando relacionado a experiências marcadas pela indiferença, falta de escuta, desvalorização, desmotivação e exploração (FARIA; LEITE; SILVA, 2017).

O trabalho é visto não somente como forma de obtenção de renda, mas também como uma atividade que oferece realização pessoal e estabelece contatos interpessoais (KUBO; GOUVÊA, 2012; JOB, 2003). O ser humano carrega consigo sentimentos, ambições, expectativas e busca o crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza (MORETTI; TREICHEL, 2003). É nesse sentido, pensando no trabalho para além da dimensão econômica, como espaço de socialização, que muitas pessoas se frustram com sua falta (MORETTI; TREICHEL, 2003). Qualquer trabalho vai exigir a utilização das capacidades físicas e mentais, que nesse processo, é chamado de força do trabalho (MORETTI; TREICHEL, 2003).

Como evidenciam Alves e Galeão-Silva (2004), o trabalho é um espaço de socialização, convívio e integração social e permite que as pessoas adquiram novas experiências relacionais.

4.2.1 Hemodiálise e suas repercussões na vida laboral e qualidade de vida

Conviver com um tratamento potencialmente permanente, como é o caso dos pacientes com DRC dialítica, repercute nas limitações de valores de autonomia, liberdade e independência com importante impacto na qualidade de vida, principalmente, em uma sociedade capitalista (LEMONS; BARSAGLINI; PAZ, 2016).

Embora o tratamento dialítico impacte nas questões pessoais e financeiras dos pacientes negativamente, sua manutenção em pacientes com DRC dialítica é vital (SILVA *et al.*, 2016). A hemodiálise representa uma esperança de vida, já que a doença é um processo irreversível, porém, percebe-se que as dificuldades de adesão ao tratamento estão relacionadas à não aceitação da doença, à percepção de si próprio e ao relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social (LOPES *et al.*, 2014).

Apesar da DRC dialítica ser normalmente passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma importante alteração no estilo de vida das pessoas (MARTINS; CESARINO, 2005). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2021). A partir desse conceito é importante constatar que a percepção da qualidade de vida, parece estar determinada também por fatores de ordem socioeconômica, uma vez que a doença crônica interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo (MARTINS; CESARINO, 2005). Da mesma forma, as pessoas com doença crônica passam também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na autoestima, na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária (MARTINS; CESARINO, 2005). Esta problemática vivenciada pelo doente crônico pode levar ao isolamento social, a um aumento da depressão e diminuição das expectativas de melhora, contribuindo para um sentimento de desesperança e solidão (MARTINS; CESARINO, 2005). Em geral portadores de patologias crônicas apresentam medos relacionados a incapacidade para a realização de algumas atividades diárias e muitas vezes dependência de cuidador (auto higiene, deambulação, tomada de decisões, tarefas domiciliares do dia-a-dia) (MARTINS; CESARINO, 2005). São grandes as dificuldades que os pacientes apresentam para manter sua atividade laboral após iniciar o tratamento com hemodiálise, ocorrendo além da perda da liberdade, frequentemente a perda do emprego contribuindo para o surgimento de problemas psicológicos (LARA; SARQUIS, 2004).

Trentini, Silva e Leimann (1990) perceberam que, a partir do diagnóstico de uma doença crônica, os indivíduos acometidos começam a ter novas incumbências,

como fazer tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos, além de perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, à vida e à preservação da esperança.

A pesquisa de Dabrowska-Bender *et al.* (2018) mostrou que a DRC dialítica causa muitas limitações nas atividades físicas, mentais e sociais dos pacientes e o parâmetro com maior impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise é a possibilidade de impedimento de continuar o trabalho ou estudo, além de mudanças nos planos de vida.

É inegável a ligação estresse-doença em pacientes renais crônicos submetidos a vários estressores, dentre eles a própria doença, os procedimentos de hemodiálise, o regime de restrição dietética e hídrica e o uso crônico de vários medicamentos (RUDNICKI, 2007). Adaptar-se a estas mudanças constitui um processo complexo, com muitas implicações e repercussões variadas (RUDNICKI, 2007). Neste contexto de inquietação, os pacientes que possuem planos de saúde têm um melhor índice de qualidade de vida, pois embora a hemodiálise seja totalmente subsidiada pelo SUS, as comorbidades, os exames e as consultas médicas necessários ao bem-estar da pessoa, por vezes, não são acessados com rapidez e facilidade (RUDNICKI, 2007). A condição crônica do doente renal e o tratamento hemodialítico ocasionam problemas como isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção e necessidade de adaptação à perda da autonomia (SILVA *et al.*, 2011). As condições econômicas e sociais brasileiras não favorecem os doentes, visto que, em muitos casos, não podem mais trabalhar no decorrer do tratamento e o dia a dia desses indivíduos é permeada de alterações físicas que limitam seu cotidiano exigindo mudanças e adaptações (SILVA *et al.*, 2011).

Os atos de adoecer dos portadores de DRC dialítica impactam tanto a dimensão concreta como a simbólica de sentimentos e crenças (LEMOS; BARSAGLINI; PAZ, 2016). Esses pacientes precisam aprender a lidar com situações peculiares e novas, o que muitas vezes implica pôr em suspensão seu fluxo de vida cotidiano para considerar suas vivências (LEMOS; BARSAGLINI; PAZ, 2016). Quando o paciente inicia o tratamento hemodialítico, ele experimenta uma ruptura com seu estilo de vida, passando a ter que se adaptar a uma nova condição de vida que, muitas vezes, o limita a realizar atividades cotidianas e passam a vivenciar esta experiência inicial, de diferentes maneiras (CAMPOS; TURATO, 2010). É inegável que cada

pessoa traz consigo sua história e sua maneira peculiar de reagir às condições adversas (CAMPOS; TURATO, 2010). Vivenciar o tratamento hemodialítico, carrega consigo mudanças físicas e psicológicas além de questões de ordem econômica, social e laboral (CAMPOS; TURATO, 2010; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996). Cada pessoa expressa uma visão particular sobre o significado da hemodiálise (CAMPOS; TURATO, 2010; TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990). A privação do trabalho e as dificuldades financeiras decorrentes da falta ou mudança de emprego preocupam os pacientes (CENTENARO, 2010; LOPES *et al.*, 2014). Dificulta ainda mais o labor quando existe a necessidade de deslocamento para outra cidade para realizarem as sessões de hemodiálise (PEREIRA; GUEDES, 2009).

O paciente com DRC em tratamento hemodialítico precisa conviver com uma doença incurável e com um longo tratamento, além disso, a evolução da doença e potenciais complicações, levam a limitações consideráveis para estes indivíduos (LOPES *et al.*, 2014).

De acordo com Neri *et al.* (2005), vários estudos mostram que o status empregatício, de pacientes com DRC, muda dependendo dos diferentes estágios da doença renal e do início da HD.

O trabalho faz parte da identificação de cada pessoa, dessa forma, se torna um dos valores mais preciosos para o ser humano (KUTNER *et al.*, 2008; ERICKSON *et al.*, 2018; MOLSTED *et al.*, 2004). Devido a condição do doente renal em tratamento hemodialítico, frequentemente os pacientes precisam parar de trabalhar, o que interfere na qualidade de vida (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOKE, 2016; KUTNER *et al.*, 2008; DABROWSKA-BENDER *et al.*, 2018; RUDNICKI, 2007; MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996, KUTNER *et al.*, 2010). Cessar o trabalho é um fator que altera o estilo de vida que o indivíduo tinha antes, e dessa maneira causa impacto negativo na qualidade de vida (KUTNER *et al.*, 2008). O indivíduo com DRC dialítica se restringe a consultas médicas, realização de hemodiálise três vezes por semana por um período de quatro horas a sessão, restrição alimentar e limitação à execução de tarefas que necessitem esforços físicos (CENTENARO, 2010). Muitas vezes o doente renal, que sustenta a família, precisa se afastar do seu trabalho, ficando dependente da previdência social e os que são chefes de família ou donas de casa, às vezes, necessitam realizar algumas atividades artesanais para manter o sustento da família (CENTENARO, 2010). Muitas vezes, devido a todos estes complicadores causados pela doença a falta de recursos econômicos e os gastos com

a medicação e exames, levam ao desespero e desânimo por parte destes indivíduos (CENTENARO, 2010). Existe uma grande dificuldade em estabelecer e/ou manter vínculo empregatício ou mesmo atividades remuneradas ligadas ao mercado ~~in~~formal de trabalho, essas dificuldades estão relacionadas ao tratamento, que obriga os pacientes a dispor de muito do seu tempo no tratamento com a hemodiálise (CAVALCANTE *et al.*, 2015). Daugirdas *et al.* (2015) avalia que mais da metade dos pacientes com DRC dialítica não continua a trabalhar após iniciar HD. No entanto, os profissionais liberais têm uma possibilidade maior de permanecer no emprego pela flexibilização dos horários (COHEN; CUKOR; KIMMEL, 2016). O desemprego pode causar um impacto psicológico sobre o paciente, podendo aumentar as chances de quadro depressivo (COHEN; CUKOR; KIMMEL, 2016).

O tempo da hemodiálise varia de acordo com o estado clínico do paciente e, em geral, é de quatro horas, três ou quatro vezes por semana, e dependendo da situação clínica do paciente, esse tempo varia de três à cinco horas, podendo ser feita diariamente (DAUGIRDAS *et al.*, 2015). Considerando que é um tempo relativamente grande, isso se apresenta como um problema na manutenção do labor, mesmo assim, vários pacientes em hemodiálise trabalham, mas isso depende das condições clínicas de cada um e do horário das sessões (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOKE, 2016; CHAN *et al.*, 2019; LARA; SARQUIS, 2004; ERICKSON *et al.*, 2018). O labor é maior nos pacientes que realizam diálise peritoneal devido esta modalidade de TRS poder ser realizada a noite, os tornando mais disponíveis para o trabalho (COHEN; CUKOR; KIMMEL, 2016).

O tratamento hemodialítico, é responsável por um cotidiano restrito, pois limita o indivíduo, afetando aspectos biológicos, psicológicos e sociais de sua vida, acarretando uma quebra em seu estilo de vida, causando a necessidade de ajuste frente a essa nova condição (NEVES *et al.*, 2021).

4.2.2 Epidemiologia relacionada a vida laboral e hemodiálise

É importante observar que a prevalência de manutenção do trabalho em pacientes em hemodiálise é baixa tanto em estudos nacionais (LARA; SARQUIS, 2004) como internacionais (HUANG *et al.*, 2017), em países desenvolvidos (ERICKSON *et al.*, 2018; KUTNER *et al.*, 2010; TAKAKI; YANO, 2006) ou em países em desenvolvimento (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOKE, 2016;

MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996) (Tabela 1). Além disso, muitos pacientes, mesmo antes de iniciar a HD, já começam a deixar de trabalhar e, quando iniciam a terapia, este número de abandono ao trabalho aumenta, ao passo que estes pacientes permanecem em diálise (MARTINS; CESARINO, 2005; ERICKSON *et al.*, 2018).

Um estudo realizado nos EUA mostrou que 38% dos pacientes que ainda estavam trabalhando antes de iniciar a HD pararam de trabalhar logo após o início do tratamento, e a taxa de diminuição do trabalho para cada 5 anos a mais em tratamento dialítico, foi respectivamente 23%, 24% e 38% (KUTNER *et al.*, 2008). Outros dois estudos também envolvendo a população norte americana demonstraram que entre 81% (KUTNER *et al.*, 2008) a 71% (MUEHRER *et al.*, 2011) dos pacientes pararam de trabalhar após o início da HD. Um estudo realizado em Xangai mostrou que de 50,6% dos pacientes que ainda se mantinham trabalhando antes de iniciar a HD, 86% pararam de trabalhar (HUANG *et al.*, 2017). Uma taxa semelhante já havia aparecido, anos antes, em um estudo realizado na Dinamarca, em que 78% dos pacientes pararam de trabalhar depois que iniciaram a HD (MOLSTED *et al.*, 2004).

No Brasil, estudos ainda limitados pelo tamanho amostral e restritos a alguns centros, também evidenciaram um número grande de pacientes que deixaram de trabalhar após o início da HD (LARA; SARQUIS, 2004; CARREIRA; MARCON, 2003). Em duas clínicas de hemodiálise do Paraná, 77% e 50% dos pacientes cessaram o trabalho após o início da HD (LARA; SARQUIS, 2004; CARREIRA; MARCON, 2003). Em um destes estudos, cerca de 50% dos pacientes estavam trabalhando um ano antes de iniciar a HD, no entanto observou-se que um terço saiu de seus empregos nos primeiros três meses de tratamento, e um quinto nos outros 6 meses (HUANG *et al.*, 2017). Neste estudo, quando analisados os pacientes que estavam ou não trabalhando até 6 meses antes do início da HD observa-se também uma alta prevalência de indivíduos ainda trabalhando antes do início da hemodiálise (80%).

O baixo nível educacional tem sido apontado como um fator de risco, independente para o abandono ao trabalho nestes pacientes (HUANG *et al.*, 2017; LEWIS; ARBER, 2015). Quanto ao plano de saúde privado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (2021), das 48 milhões de pessoas no Brasil com plano privado de saúde, aproximadamente 70% eram de natureza empresarial, sendo as regiões sudeste e sul com as maiores taxas de planos privados. Trabalhar em empresa que fornecem plano de saúde pode caracterizar pessoas com maior escolaridade e/ou nível técnico e possivelmente com uma maior renda. Assim, pacientes em HD que

possuem planos de saúde podem possuir um melhor índice de qualidade de vida e melhor controle das comorbidades associadas por meio de melhor acesso a exames e consultas médicas (RUDNICKI, 2007).

O turno de HD não tem sido apontado como um possível problema na manutenção do labor entre estes pacientes, mas sim o tempo dispendido com o tratamento (SBS, 2021).

Um estudo envolvendo pacientes em HD em idade laboral, quando comparam o trabalho antes e após o início da doença, perceberam que a maioria (75%) experimentou mudanças do tipo e/ou carga horária de trabalho (CARREIRA; MARCON, 2003). O status empregatício de pacientes com DRC, muda dependendo dos diferentes estágios da doença renal e do início da HD (NERI *et al.*, 2005). Porém, apesar da preocupação e esforço relatado entre aqueles que continuam trabalhando na presente pesquisa, a maioria também se mostrou motivada a continuar trabalhando, quanto há ganho financeiro e prazer pela atividade desempenhada, foram os motivos mais prevalentes entre os avaliados. Continuar trabalhando tem sido apontado como meio de manter a preservação da “normalidade” da vida para alguns pacientes em hemodiálise (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOKE, 2016).

Se manter trabalhando tem sido associado a uma maior qualidade de vida entre pacientes em HD (DABROWSKA-BENDER *et al.*, 2018). Adaptar-se as mudanças que a hemodiálise impõe constitui um processo complexo, com muitas implicações e repercussões variadas (CAMPOS; TURATO, 2010; RUDNICKI, 2007; SILVA *et al.*, 2011). O trabalho faz parte da identificação de cada pessoa, dessa forma, se torna um dos valores mais preciosos para o ser humano. No entanto, devido às condições do tratamento frequentemente os pacientes precisam parar de trabalhar interferindo na qualidade de vida (GRASSELLI, 2012). De uma forma ampla, a qualidade de vida de pacientes em HD tem sido menor do que na população geral (CAMPOS; TURATO, 2010; DABROWSKA-BENDER *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2011; NERI, *et al.*, 2009)

Tabela 1: Síntese dos principais estudos sobre prevalência da atividade laboral após início da hemodiálise

Autor	Origem	Característica da Amostra	Resultado
Lara e Sarquis, 2004	Brasil	n= 43 74,4% homens Idade 18-59 anos	23,26% trabalhando
Frazão, 2012	Brasil	n=24 50% homens Idade 50-59 anos	29,17% trabalhando
Erikson, 2018	EUA	n= 480.597 Idade 18-54 anos	38% trabalhando
Huang, 2017	China	n= 231 Idade 18-60 anos	8% trabalhando
Rasgon, 1993	EUA	n=102 62% homens Idade 18-65 anos	23,5% trabalhando
Muherer, 2011	EUA	n=102.104 Idade 18-64 anos	29% trabalhando
Wells, 2015	EUA	n=17 52% homens	35% trabalhando
Molsted et al., 2004	Dinamarca	n= 112 Idade 18-60 anos	22% trabalhando
Kutner, 2008	EUA	n= 105.636 Idade 18-54 anos	18,9% trabalhando

Fonte: Primária (2021)

5 MÉTODOS

5.1 Aspectos éticos

O presente projeto de pesquisa é resultado de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio ambiente (PPGSMA) da Universidade da Região de Joinville situada na Rua Paulo Malschitzki, 10 - Bairro Zona Industrial - Campus Universitário - CEP 89219-710 – Joinville/SC.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da respectiva universidade, atendendo aos pressupostos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), recebendo parecer consubstanciado registrado sob o número 3.240.827.

Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.2 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, quantitativo que foi desenvolvido entre os meses de dezembro/2020 a fevereiro/2021 em pacientes com DRC dialítica, submetidos a hemodiálise em três centros de tratamento dialítico nas cidades de Joinville, Blumenau e Itajaí no estado de Santa Catarina.

5.3 Participantes do estudo

Trata-se de uma amostragem censitária, ou seja, foram incluídos no estudo, todos os pacientes de ambos os sexos, com idades entre 18 até 55 anos e que estavam realizando tratamento hemodialítico em uma das clínicas citadas anteriormente.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram selecionados para a pesquisa, pacientes de ambos os sexos realizando hemodiálise de caráter crônico (> 3 meses) com idades entre 18 e 55 anos e

alfabetizados, sem diagnóstico de qualquer tipo de doença demencial primária ou secundária diagnosticada pela equipe médica assistente de cada clínica e sem internação nos últimos 30 dias.

Foram excluídos do estudo pacientes com dados incompletos de cadastro que determinavam impossibilidade de análise ou estar aposentado 6 meses antes do início da diálise.

5.5 Coleta de dados

Foram coletados dados referentes ao tratamento hemodialítico realizados de forma rotineira em cada uma das três clínicas selecionadas, para cada paciente incluído no estudo com base em revisão de prontuário: idade, sexo, escolaridade, comorbidades prévias, cor da pele, estado civil, zoneamento, etiologia da doença renal, escolaridade, tempo em diálise e tipo de acesso venoso para hemodiálise.

Foram aplicados dois questionários em dias diferentes de hemodiálise para não fadigar os pacientes com os instrumentos de pesquisa. No primeiro dia foram coletados dados relacionados ao trabalho por meio de um questionário auto-aplicável (Anexo 2). A escolha do método deu-se tendo em vista a possibilidade de avaliar um maior número de indivíduos em hemodiálise de forma dinâmica. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa responderam a este questionário autoaplicável com questões de múltipla escolha relacionadas ao tema do estudo. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores deste estudo, com embasamento em outros modelos anteriormente utilizados (GOULART *et al.*, 2012; DUARTE *et al.*, 2003), levando em consideração aspectos apontados da revisão de literatura que atendam os objetivos do presente estudo. Antes da definição final das questões do questionário foi discutido entre profissionais da área temática: médico nefrologista, médico do trabalho e assistente social com o objetivo de ajustar às questões a realidade dos profissionais e evitar possíveis vieses de resposta. Após aprovação do CEP, foi realizado um teste piloto da aplicabilidade e entendimento do questionário com 10 pacientes selecionados para o estudo, para ajuste do instrumento. Não foi necessário ajuste do instrumento de coleta para além de questões gramaticais ou estilo de escrita.

No segundo dia de hemodiálise foi aplicado outro questionário padrão (Anexo 3) para avaliação de qualidade de vida *Short Form-36* (SF-36) na sua versão validada para o português (CAMPOLINA *et al.*, 2011). Trata-se de um instrumento composto

por 11 questões que integram 36 itens que compreendem 8 domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão que permite comparar a saúde atual em relação a um ano atrás. Para cada domínio o escore vai de 0 (pior) a 100 (melhor) e o escore total é obtido por meio de média simples do escore final de cada domínio (CAMPOLINA *et al.*, 2011).

Cada questionário foi aplicado durante o momento da hemodiálise, uma única vez em dias distintos. O momento para a aplicação do questionário foi estabelecido durante a hemodiálise e definidos previamente pela equipe assistente de cada clínica. Um pesquisador ficou na sala de diálise para responder quaisquer dúvidas relacionadas ao questionário de forma individual e sem direcionar a resposta.

5.6 Análise Estatística

As variáveis categóricas são apresentadas pela sua frequência e percentagem. As variáveis quantitativas, por sua média ou mediana e desvio padrão ou variação interquartil. Inicialmente foi apresentado os achados referentes a toda amostra e estratificado por situação laboral nos primeiros seis meses antes do início do tratamento hemodialítico e nos seis meses após o início do tratamento. Para comparar as características dos pacientes em atividade laboral, antes e após o início da hemodiálise, utilizou-se o teste *qui* quadrado ou Teste Exato de Fischer para comparar as frequências e o Teste *Man Whitney* para comparar as médias, após verificação de distribuição não normal pelo Teste *Kolmogorov-Smirnov*. Posteriormente foi apresentado de forma descritiva os achados referentes ao subgrupo que se mantinha trabalhando no momento da pesquisa e referentes aqueles que não estavam trabalhando.

Avaliou-se também o efeito da manutenção do trabalho após o início da diálise com o maior escore de qualidade de vida para todos aqueles que responderam ao questionário de qualidade de vida SF-36. Para esta avaliação, definiu-se o desfecho como binário pela mediana do escore total do questionário de qualidade de vida SF36 (menor qualidade de vida, < 40 ; maior qualidade de vida, ≥ 40). Inicialmente, avaliou-se a razão de chance bruta (*odds ratio*) entre a situação laboral e a melhor qualidade de vida sendo posteriormente ajustado de forma bivariada com outras variáveis pelo

método *Mantel Haenszel*. Considerando o tamanho limitado da amostra, foi proposto um modelo multivariado por regressão logística para o efeito da situação do trabalho sobre a melhor qualidade de vida incluindo apenas as variáveis que modificaram o efeito principal em mais de 10%. Os dados foram analisados no *software* estatístico STATA versão 15.1.

5.7 Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade deste trabalho envolveu áreas como Medicina, Psicologia e Enfermagem, mostrando a importância da multidisciplinaridade no cuidado, suporte e assistência aos pacientes com doença renal terminal em terapia hemodialítica.

A Enfermagem executando ações de identificar e monitorar os efeitos adversos da hemodiálise e complicações decorrentes da própria doença.

A Psicologia contribuindo e auxiliando os pacientes com questões emocionais na descoberta da doença e tratamento.

Os médicos nefrologistas pelo conhecimento e cuidado diário dos pacientes.

6 RESULTADOS

No período de entrevistas a clínica de Blumenau tinha um total de 185 pacientes em HD, a de Joinville 50 e a de Itajaí 239. Considerando o total da amostra em relação a clínica de hemodiálise de origem que preenchiam os critérios de inclusão, 9 (8%) eram de Joinville, 40 (37%) de Blumenau e 60 (55%) de Itajaí. Da amostra inicial total de 125 participantes, 17 (14%) foram excluídos por já estarem aposentados no momento da entrevista, constituindo uma amostra final de 108 participantes.

Não houve diferença significativa em relação ao sexo, cor de pele, etiologia da DRC e idade entre clínicas de origem de cada participante. Já com relação ao tipo de assistência à saúde, 100% dos pacientes da clínica de Joinville tinham plano de saúde privado enquanto 22,5% dos participantes de Blumenau e 8,3% dos pacientes de Itajaí tinham plano de saúde privado. Do total da amostra, 63 (57,8%) eram homens, média de idade de 43 anos, com predomínio da cor de pele branca 76 (69,7%). Com relação a escolaridade, 71 (68,9%) dos pacientes tinham 12 anos ou mais de estudo, 23 (21,1%) apresentavam plano de saúde privado e 74 (67,9%) residiam na mesma cidade em que faziam diálise. Em relação ao trabalho, 86 (79,6%) estavam trabalhando até 6 meses antes do início do tratamento dialítico e 35 pacientes (32,4%) continuavam trabalhando nos primeiros seis meses após a diálise. Com relação a situação de trabalho no momento da pesquisa, 21 (19,4%) trabalhavam concomitante ao tratamento hemodialítico. Outras características da amostra são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Pacientes trabalhando ou não até 6 meses antes do início da HD (n=108)

Variáveis	Amostra Total n=108		Não Trabalhando n=22		Trabalhando n=86		Valor p
	nº total ou média	DP ou %	nº total ou média	DP ou %	nº total ou média	DP ou %	
Idade, anos	43,34	8,88	45,23	8,53	42,98	8,93	0,308
Gênero							
Feminino	46	42,2	11	50	35	40,7	0,585
Masculino	63	57,8	11	50	51	59,3	
Etnia							
Branco	76	69,7	14	63,6	61	70,9	0,687
Não branco	33	30,3	8	36,4	25	29,1	
Estado Civil							
Casado	52	47,7	10	45,5	42	48,8	0,965
Não casado	57	52,3	12	54,5	44	51,2	
Tempo em HD, anos; (mediana), VIQ	19	7,63-40,40					
Escolaridade (n=103)							
≤ 4 anos	23	22,3	7	31,8	16	20	0,270
8 a 11 anos	9	8,7	3	13,6	6	7,5	
>12 anos	71	68,9	12	54,5	58	72,5	
Reside na cidade onde faz HD, sim	74	67,9	17	77,3	57	66,3	0,463
Tipo de Plano de Saúde							
SUS	86	78,9	20	90,9	65	75,6	0,202
Privado	23	21,1	2	9,1	21	24,4	
Etiologia IRC							
DM	15	13,9	4	18,2	11	12,8	0,503
HAS	35	32,4	8	36,4	27	31,4	
DRP	6	5,6	2	9,1	4	4,7	
GN	22	20,4	2	9,1	20	23,3	
NTI	5	4,6	0	0	5	5,8	
Outras	25	23,1	6	27,3	19	22,1	
Turno de Diálise							
Manhã	39	35,8	8	36,4	31	36	0,916
Tarde	37	33,9	8	36,4	28	32,6	
Noite	33	30,3	6	27,3	27	31,4	
Tipo de Acesso Vascular Início HD							
FAV	50	45,9	11	50	39	45,3	0,880
Cateter	59	54,1	11	50	47	54,7	
Comorbidades							
HAS	50	45,9	11	50	38	44,2	0,803
DM	13	11,9	3	13,6	10	11,6	1,000

HD=hemodiálise; SUS=sistema único de saúde (serviço público); IRC=insuficiência renal crônica; FAV=fístula arteriovenosa; HAS= hipertensão arterial sistêmica; DM= diabetes mellitus; VIQ=variação interquartil.
Fonte: Primária (2021)

6.1 Característica dos pacientes com base na situação laboral seis meses do início da hemodiálise

Quando comparado as características dos pacientes que estavam ou não trabalhando até 6 meses antes do início do tratamento de hemodiálise (Tabela 2), não houve diferença estatística significativa para as variáveis analisadas.

Mesmo assim, percebeu-se uma maior proporção de homens no grupo que estava trabalhando (59,3%) em relação ao grupo que não estava trabalhando (50%). Também em relação a etnia, 29,1% dos pacientes com etnia não branca estavam trabalhando em relação a 70,9% dos indivíduos brancos. No que diz respeito a escolaridade, 72,5% dos que tinham mais de 12 anos de estudos estavam trabalhando em comparação a 54,5% dos que não estavam trabalhando. Quando considerado o tipo de plano de saúde, 9,1% dos pacientes que não estavam trabalhando tinham algum plano privado de saúde, enquanto 24,4% dos que estavam trabalhando possuíam plano de saúde. Já em relação ao estado civil, turno de diálise, tipo de acesso no início da HD, presença de comorbidades e a etiologia da doença renal, a distribuição entre os que estavam ou não trabalhando foi semelhante.

6.2 Característica dos pacientes com base na situação laboral nos primeiros seis meses após o início da hemodiálise

Quando comparado as características dos pacientes que estavam ou não trabalhando nos primeiros 6 meses após o início do tratamento de hemodiálise (Tabela 3), não houve diferença estatística significativa para as variáveis analisadas.

No entanto, observou-se uma maior proporção de homens no grupo que estava trabalhando 65,6% em comparação ao grupo que não estava trabalhando, 54,8%. Em relação a escolaridade dos pacientes trabalhando, 78% tinham doze anos ou mais de estudo em comparação a 64% dos que não trabalhavam. No que se refere a possuir ou não plano privado de saúde, 28,6% dos que estavam trabalhando possuíam algum plano de saúde e 17,8% dos que não estavam trabalhando não possuíam plano. Quando a etiologia da doença renal, entre os pacientes que estavam trabalhando 8,6% a causa da DRC era diabetes, em relação a 16,4% dos que não estavam trabalhando. Já no que tange etnia, estado civil, residir na mesma cidade que faz HD a distribuição entre os que estavam ou não trabalhando a distribuição foi semelhante.

De todos os pacientes que estavam trabalhando nos primeiros seis meses após início da hemodiálise, 25,7% necessitaram mudar de função, sendo que 48,6% precisaram diminuir o número de horas trabalhadas e 48,6% destes tiveram redução salarial.

Tabela 3: Pacientes trabalhando ou não nos primeiros 6 meses do Início da HD (n=108)

Variáveis	Estava Trabalhando (n=35)		Não Estava Trabalhando (n=73)		Valor de p
	Total ou Média	DP ou %	Total ou Média	DP ou %	
Idade, anos	43,00	8,51	43,5	9,13	0,644
Gênero					0,385
	Feminino	12	34,3	33	45,2
	Masculino	23	65,7	40	54,8
Etnia					0,931
	Branco	25	71,4	50	68,5
	Não branco	10	28,6	23	31,5
Estado Civil					0,991
	Casado	16	45,7	35	47,9
	Não casado	19	54,3	38	52,1
Escolaridade (n=102)					0,269
	≤ 4 anos	6	18,8	17	24,3
	8 a 11 anos	1	3,1	8	11,4
	>12 anos	25	78,1	45	64,3
Reside na cidade onde faz HD, sim	24	68,6	50	68,5	1,000
Tipo de Plano de Saúde					0,304
	SUS	25	71,4	60	82,2
	Privado	10	28,6	13	17,8
Etiologia IRC					0,476
	DM	3	8,6	12	16,4
	HAS	12	34,3	24	32,9
	DRP	2	5,7	4	5,5
	GN	7	20	15	20,5
	NTI	0	0	4	5,4
	Outras	11	31,4	14	19,2
Turno de Diálise					0,605
	Manhã	10	28,6	28	38,4
	Tarde	13	37,1	24	32,9
	Noite	12	34,3	21	28,8
Tipo de Acesso Vascular Início HD					0,163
	FAV	12	34,3	37	50,7
	Cateter	23	65,7	36	49,3
Comorbidades					0,772
	HAS	15	42,9	35	47,9
	DM	3	8,6	10	13,7
Tipo de Trabalho (n=84)					0,790
	Trabalho especializado não braçal	8	25	15	28,8
	Trabalho não especializado não braçal	12	37,5	14	26,9
	Trabalho especializado braçal	8	25	15	28,8
	Trabalho não especializado braçal	4	12,5	8	15,4
Necessitou mudar função, sim	9	25,7			
Permaneceu no mesmo lugar, sim	32	91,4			
Em relação ao n° horas permaneceu					
	igual	14	45,2		
	diminuiu	17	48,6		
O salário permaneceu					
	igual	14	40		
	diminuiu	17	48,6		
	aumentou	2	5,9		

HD=hemodiálise; SUS=sistema único de saúde (serviço público); IRC=insuficiência renal crônica; HAS= hipertensão arterial sistêmica; DM= diabetes mellitus; DRP=doença renal policística; GN=glomerulonefrite; NTI=necrose túbulo intersticial
Fonte: Primária (2021)

6.3 Outras características dos pacientes com base na situação laboral no momento da pesquisa

Na Tabela 4 é apresentada a renda familiar e a percepção de trabalho pelos pacientes que atualmente não estavam trabalhando. No que se refere a renda aproximada da família, 63% dos pacientes que não trabalhavam é até R\$ 3.000,00, e 24,1% destes não gostariam de voltar a trabalhar. Dos que gostariam de retornar ao trabalho, 12,5% apontaram questões financeiras como motivação para o retorno ao trabalho. Apenas 10,1% dos pacientes que não estavam trabalhando procuraram trabalho neste período sendo que 42,6% não se sentiam bem para trabalhar. Destes pacientes, 65% estavam recebendo auxílio doença.

Tabela 4: Percepções de pacientes que não trabalham (n=83)

Variáveis	Total ou média	DP ou %
Renda aproximada da família (reais) (n=81)		
≤ 1000	11	13,6
1001-3000	40	49,4
3001-5000	22	27,2
>5000	8	9,9
Desejo de retorno ao trabalho (n=79)		
Não gostaria	19	24,1
Gostaria	35	44,3
Gostaria muito	25	31,6
Principal motivo (n=32)		
Prazer	4	12,5
Sentido à vida	13	40,6
Distração	9	28,1
Financeiro	4	12,5
Outros	2	6,3
Recebe auxílio doença, sim	52	65
Nos últimos 6 meses procurou trabalho, sim	8	10,1
Por qual motivo não procurou		
Não se sente bem para trabalhar	29	42,6
Ganha o suficiente	1	1,5
Acredita que não conseguirá trabalho	14	20,6
Outros	24	35,3
Tipo de ocupação que possuía antes da HD (n=62)		
Trabalho especializado não braçal	16	25,8
Trabalho não especializado não braçal	20	32,3
Trabalho especializado braçal	15	24,2
Trabalho não especializado braçal	11	17,7

Na tabela 5 foram analisadas as impressões acerca do trabalho pelos pacientes que estavam trabalhando. Observou-se que 52,4% destes possuíam preocupação em perder seu emprego por conta da HD, porém 52,4% acreditavam a empresa aceitaria sua situação atual. Entre estes pacientes que estavam trabalhando, 66,7% estavam motivados a continuar trabalhando e a principal motivação era a remuneração para 90,5% deste grupo. Ainda, 68,4% destes pacientes trabalhavam mais de 20 horas por semana e 44,4% tinham uma renda familiar mensal maior do que R\$5.000,00.

Tabela 5: Impressões sobre o trabalho em pacientes trabalhando (n=21)

Variáveis	Total ou Média	DP ou %
Preocupação em perder o trabalho pela HD, sim	11	52,4
Percepção da aceitação pelo seu patrão		
Não Aceita	4	19
Aceita	11	52,4
Trabalha por conta própria	6	28,6
Crê que sua doença dificulta seu trabalho, sim	13	61,9
Considera o que mais atrapalha o trabalho (n=9)		
Medo de machucar a FAV	4	44,4
Cansaço	4	44,4
Dores	1	11,1
Sente-se motivado para continuar trabalhando, sim	14	66,7
Razão para estar trabalhando		
Ganho financeiro	19	90,5
Gostar do que faz	17	81
Ajudar no psicológico	16	76,2
Horas trabalhadas na semana (n=19)		
Até 20 h	6	31,6
> 20 h	13	68,4
Renda (n=18)		
≤ 1000	1	5,6%
1001- 3000	5	27,8%
3001-5000	4	22,2%
>5000	8	44,4%

HD=hemodiálise; FAV=fístula arteriovenosa.
Fonte: Primária (2021)

6.4 Qualidade de vida e associação com a situação atual do trabalho

O escore total e domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 da amostra total e estratificada pela situação laboral atual dos pacientes que estavam em terapia hemodialítica, está apresentado na Tabela 6. O Domínio Limitação apresentou a menor mediana do escore (mediana 0 e variação interquartil 0/25) e o Domínio

Mental apresentou a maior mediana do escore (mediana 52 e variação interquartil 44/76). Quando estratificado pela situação do trabalho atual, indivíduos que trabalhavam apresentavam maior mediana do escore no Domínio da Capacidade Funcional em relação ao grupo que não estava trabalhando (mediana 70 vs 50; $p=0,004$). Em relação aos outros domínios não houve diferença significativa entre os grupos, no entanto observou-se uma tendência para um maior valor da mediana do escore total para os que estavam trabalhando com relação a quem não trabalhava (mediana 52 vs. 38; $p=0,064$).

Tabela 6: Escore Total e Domínios do Instrumento de Qualidade de Vida (SF-36) na Amostra Total e Estratificada pela Situação Laboral Atual dos Pacientes em Hemodiálise (n=96)

Domínios	Amostra Total n=96		Parou de Trabalhar n=73		Trabalha n=19		Valor p
	Mediana do score	VIQ	Mediana do score	VIQ	Mediana do score	VIQ	
Capacidade Funcional	50	30/75	50	27,5/65	70	45/85	0,004
Limitação	0	0/25	0	0/25	50	25/100	0,143
Dor	31,5	12/51	31	12/51	51	44/62	0,445
Estado Geral	40	25/61,5	37	23,5/55	52	25/67	0,495
Vitalidade	45	25/60	40	25/55	50	25/65	0,255
Social	50	25/75	50	25/75	62,5	37,5/87,5	0,073
Emocional	33	0/91,7	33	0/67	33	0/100	0,378
Mental	52	44/76	52	42/76	60	44/80	0,611
Escore Total	40	31,2/56,7	38	29,5/52,5	52	34/65	0,064

VRQ=variação interquartil (percentil 25 e 75)

Fonte: Primária (2021)

Pacientes em hemodiálise que atualmente estavam trabalhando apresentaram uma chance bruta para uma maior qualidade de vida de 3,16 vezes (OR=3,16; IC 95% 1,11-8,99, $p=0,023$). O efeito desta associação foi modificado quando ajustado para a mediana do tempo em HD, sexo, escolaridade e renda, conforme Tabela 7.

Tabela 7: Razão de chance não ajustada e ajustada entre situação laboral e escore de qualidade de vida (SF-36) acima da mediana (n=91) através Método Mantel- Haenszel (n=91).

	Crude OR	IC 95%	Valor p	Teste Homogeneidade
Trabalhando (sim x não)	3,16	1,11-8,99	0,023	
Adjusted OR				
Sexo	3,45	1,20-9,92	0,014	0,072
Reside na mesma cidade	3,33	1,15-9,66	0,019	0,855
Turno HD	3,30	1,17-9,26	0,016	0,448
Tipo de Acesso Vascular início HD	3,00	1,06-8,50	0,030	0,100
Escolaridade (>6 vs <6 anos)	3,51	1,03-11,94	0,032	0,237
Renda (>3mil vs <3mil)	3,54	1,16-10,84	0,018	0,137
Diabetes	3,22	1,13-9,19	0,021	0,610
Hipertensão Arterial Sistêmica	3,01	1,04-8,68	0,032	0,775
Mediana da Idade (< 46 vs >46)	3,17	1,10-9,10	0,023	0,140

HD=hemodiálise; OR=odds ratio; IC= intervalo de confiança
Fonte: Primária (2021)

Na análise multivariada, o trabalho se manteve associado a uma melhor qualidade de vida, mesmo após ajuste de outros confundidores (OR=5,30, IC 95% 1,43-19,61; p=0,013), Tabela 8.

Tabela 8: Análise Multivariada entre associação da situação laboral e escore de qualidade de vida (SF-36) acima da mediana (n=91) por Regressão Logística.

	OR	IC 95%	Valor p
Trabalho atual (sim x não)	5,30	1,43-19,61	0,013
Sexo (homem vs mulher)	0,51	0,19-1,34	0,171
Escolaridade (>6 vs <6 anos)	2,14	0,67-6,81	0,198
Renda(≥ 3mil vs <3mil)	0,50	0,19-1,34	0,170
Mediana tempo em HD (≤ 18m vs >18m)	0,76	0,30-1,91	0,555

Fonte: Primária (2021)

7 DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou que, embora grande parte dos pacientes estavam trabalhando nos seis meses antes do início da hemodiálise, apenas um terço permanece trabalhando nos primeiros seis meses após o início do tratamento e com uma considerável redução de um quinto no decorrer do tempo em tratamento hemodialítico. Além disso, o maior escore no domínio capacidade funcional do instrumento de qualidade de vida SF-36 foi associado àqueles pacientes que se mantinham trabalhando, sendo que a permanência no trabalho ao longo do período de tratamento hemodialítico aumentou a chance de uma melhor qualidade de vida em mais de cinco vezes, após ajuste de algumas variáveis.

É importante observar que a prevalência de manutenção do trabalho em pacientes em hemodiálise é baixa tanto em estudos nacionais (LARA; SARQUIS, 2004) como internacionais (HUANG *et al.*, 2017). Além disso, muitos pacientes mesmo antes de iniciar a HD, já começam a deixar de trabalhar e, quando iniciam a terapia, este número de abandono ao trabalho aumenta com o passar do tempo em que os pacientes permanecem em diálise (MARTINS; CESARINO, 2005; WHO, 2021). Um estudo realizado nos EUA mostrou que 38% dos pacientes que ainda estavam trabalhando antes de iniciar a HD pararam de trabalhar logo após o início do tratamento e a taxa de diminuição do trabalho, para cada 5 anos a mais em tratamento dialítico foi respectivamente 23%, 24% e 38% (ERICKSON, 2018). Outros dois estudos anteriores, também envolvendo a população norte americana, já demonstraram que entre 81% (KUTNER *et al.*, 2008) a 71% (MUEHRER *et al.*, 2008) dos pacientes pararam de trabalhar após o início da HD. Um estudo feito em Xangai mostrou que de 50,6% dos pacientes que ainda se mantinham trabalhando antes de iniciar a HD, 86% pararam de trabalhar (HUANG *et al.*, 2017). Uma taxa semelhante, anos antes na Dinamarca, já apontava que 78% dos pacientes pararam de trabalhar depois que iniciaram a HD (MOLSTED *et al.*, 2004). No Brasil, estudos ainda são limitados pelo tamanho amostral e restritos a alguns centros isolados, mas também evidenciaram um número grande de pacientes que deixaram de trabalhar após o início da HD (LARA; SARQUIS, 2004; CARREIRA; MARCON, 2003). Em um destes estudos, cerca de 50% dos pacientes estavam trabalhando 1 ano antes de iniciar a HD, porém houve uma queda dos que continuavam trabalhando para cerca de um terço nos primeiros seis meses e, ao longo do tempo em tratamento dialítico, para

cerca de um quinto (HUANG *et al.*, 2017). No estudo atual, quando analisados os pacientes que estavam ou não trabalhando até 6 meses antes do início da HD, foi observado uma alta prevalência de indivíduos ainda trabalhando, antes do início da hemodiálise (80%). Apesar de achados não significativos na amostra coletada nesta pesquisa, percebe-se que os indivíduos que estavam trabalhando nos primeiros seis meses antes do início da hemodálise apresentavam maior escolaridade e maior prevalência de plano privado. O baixo nível educacional tem sido apontado como um fator de risco, independente para o abandono ao trabalho nestes pacientes (HUANG *et al.*, 2017, LEWIS; ARBER, 2015). Quanto ao plano de saúde privado, acredita-se que pode caracterizar pacientes com uma maior renda ou vínculos com empresas que forneçam planos de saúde aos seus empregados (UNIMED, 2021). Pacientes com planos de saúde podem possuir um melhor índice de qualidade de vida, pois embora a hemodiálise seja totalmente subsidiada pelo SUS, as comorbidades, os exames e as consultas médicas necessários ao bem-estar do paciente, por vezes, não são acessados com rapidez e facilidade (RUDNICKI, 2007). Quanto aos turnos de HD em nosso estudo, não foi possível encontrar uma clara associação com a continuidade da atividade laboral após início do tratamento. O turno de HD não tem sido apontado como um possível problema na manutenção do labor entre estes pacientes, mas o tempo dispendido com o tratamento (SBN, 2021).

Ao avaliar os pacientes que estavam ou não trabalhando nos primeiros 6 meses do início da HD, não foram encontradas diferenças significativas nas variáveis analisadas. No entanto, percebeu-se que dentre as pessoas que estavam trabalhando havia uma maior frequência de homens em relação a quem não estava trabalhando. Os pacientes que possuíam maior escolaridade tinham uma maior permanência no trabalho em comparação aos que não estavam mais trabalhando. A maior vulnerabilidade socioeconômica tem sido associada a uma menor prevalência de vínculos formais de trabalho em pacientes em hemodiálise (ERICKSON *et al.*, 2018). Percebeu-se que em pacientes que estavam trabalhando, as atividades laborais desempenhadas, caracterizavam-se por menos trabalho braçal, em relação aos que não estavam trabalhando. Outro aspecto encontrado na amostra é que a grande maioria dos pacientes que não estavam trabalhando ganhavam até 3 salários mínimos e, embora existisse um significativo desejo de retorno ao trabalho, o salário não era o motivo principal. Além disso, pouco mais da metade dos pacientes que não estavam trabalhando tinham auxílio doença na população com maior grau de instrução.

Quando o paciente renal crônico é segurado da Previdência Social (INSS) ele pode receber auxílio doença e aposentadoria por invalidez (DIREITOSL 2009). Ao contrário do pensamento que todos pacientes têm do auxílio doença, este direito é apenas concedido se o período de carência (número de meses) pagos ao INSS for completado. Os pacientes que contribuem e que são registrados com carteira de trabalho têm direito de recorrer ao auxílio doença. Para os pacientes que trabalhavam de forma autônoma e não contribuía com o INSS podem recorrer a outros benefícios. Outro aspecto encontrado no estudo foi que grande parte dos pacientes que não estão trabalhando não se sentem bem para voltar a trabalhar. Possivelmente muitos pacientes com DRC já param de trabalhar antes mesmo de iniciar a HD devido as limitações impostas pelas doenças e suas comorbidades associadas, bem como episódios de exacerbação ao longo do acompanhamento médico e que acaba culminando em múltiplos exames, consultas e internações que impactam o estilo de vida (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996). Após o início do tratamento dialítico existem muitas limitações nas atividades físicas, mentais e sociais destes pacientes (DABROWSKA-BENDER *et al.*, 2018).

O presente estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, devido ao delineamento transversal do estudo não foi possível afastar o risco de causalidade reversa em algumas variáveis estudadas em relação a situação atual de trabalho do paciente imposta pela doença. A exemplo disto, a mudança do tipo do tipo de atividade laboral e menor escolaridade poderiam já ser um reflexo das limitações impostas da DRC previa antes do início da HD. Além disso, outras variáveis não puderam ser consideradas no modelo multivariado final devido ao restrito tamanho amostral. Outro aspecto importante é que tal pesquisa foi conduzida durante o momento de medidas restritivas impostas pela pandemia, e algumas respostas podem ter sido influenciadas por tal situação. Assim, os achados devem ser interpretados com cautela.

Por outro lado, o estudo aprofunda novas questões referentes ao trabalho em uma amostra em idade laboral em tratamento dialítico de 3 centros de diálise no sul do país. Procurou-se não apenas avaliar a situação atual de trabalho do paciente em hemodiálise, mas também considerar o período antes e logo após o início do tratamento. Desta forma, acredita-se que o presente estudo pode trazer novas questões sobre o desafio da manutenção do trabalho nos diferentes períodos do tratamento dialítico a serem aprofundadas em futuras pesquisas.

Este estudo encontrou uma significativa queda da permanência da atividade laboral em indivíduos em tratamento hemodialítico nos primeiros meses após o início da HD e com progressiva queda ao longo do tratamento. A manutenção da atividade laboral nestes pacientes parece estar associada a uma melhor qualidade de vida no que se refere aos aspectos físicos. Considerando a centralidade que o trabalho ocupa na vida dos pacientes é importante entender esses indivíduos como trabalhadores produtivos e não os tratar como incapazes para desenvolver atividades profissionais, pois nem todas as capacidades físicas e mentais dos pacientes são afetadas pela DRC. Sendo assim, é necessário pensar ações de geração de trabalho e renda para esse público com essas características e nessa condição de saúde.

Com o aumento do trabalho informal e a regressão no sistema protetivo público (reforma trabalhista e previdenciária), futuramente as pessoas com DRC terão muitas restrições para acesso aos benefícios e, nesse caso, pensar ações de geração de trabalho e renda ou políticas públicas que assegurem direitos a esses pacientes será fundamental.

Novos estudos devem ser conduzidos no sentido de avaliar a possibilidade de intervenções que possam favorecer a manutenção ao labor, principalmente relacionadas a capacidade física dos pacientes em hemodiálise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. A.; GALEÃO-SILVA, L. G. A crítica da gestão da diversidade nas organizações. **Rev. Adm. Empres.**, p. 20-29, 2004.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Brazilian J. Nephrol.**, v. 33, n. 1, p. 93-108, mar. 2011.

BRIEF, A. P.; NORD, W. R. **Meaning of occupational work**. Toronto: Lexibgton books, 1990.

CAMPOLINA, A. G. et al. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida *short-form 6 dimensions* (SF-6D Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, p. 3103-3110, 2011.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 5, p. 799-805, out. 2010.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 11, n. 6, p. 823-832, 2003.

CAVALCANTE, M. C. V. et al. Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. **Rev. Médica Minas Gerais**, v. 25, n. 4, 2015.

CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Cien. Saúde Colet.**, v. 15, p. 1881-1885, 2010.

CHAN, C. T. et al. Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. **Kidney Int.**, v. 96, n. 1, p. 37-47, 2019.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Determinantes dos gastos com diálises no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2000 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1627-1641, 2010.

COHEN, S. D.; CUKOR, D.; KIMMEL, P. L. Questões Psicossociais. *In.*: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G. **Manual de diálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

CORESH, J. et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. **Jama**, v. 298, n. 17, p. 2038-2047, 2007.

CORESH, J. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Am J kidney Dis.** v. 41, n. 1, p. 1-12, 2003.

CRUZ, V. F. E. S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOKE, A. C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde e Soc.**, v. 25, n. 4, p. 1050-1063, out./dez. 2016.

DABROWSKA-BENDER, M. *et al.* The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. **Patient Prefer Adherence**, v. 12, p. 577-583, 2018.

DAUGIRDAS, J. T. *et al.* KDOQI: clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. **Am J Kidney Dis.**, v. 66, n. 5, p. 84-930, nov. 2015.

DIREITOS do paciente renal crônico. 2019. Disponível em: [DRAIBE, S. A.; NETO, M. C.; AJZEN, M. C. **Insuficiência renal crônica**. 23. ed. São Paulo: Terapêutica, 2007.](https://www.renalquality.com.br/site/2019/07/16/direitos-do-paciente-renal-cronico-conheca-as-isencoes-e-beneficios-para-pessoas-com-problemas-nos-rins/#:~:text=Quando o paciente renal é, período superior a 15 dias. Disponível em: Acesso em: 19 nov. 2021.</p></div><div data-bbox=)

DUARTE, P. S. *et al.* Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, p. 375-381, 2003.

EL NAHAS, A. M.; BELLO, A. K. Chronic kidney disease: the global challenge. **Lancet.**, v. 365, n. 9456, p. 334-340, jan. 2005.

ERICKSON, K. F. *et al.* Employment among Patients Starting Dialysis in the United States. **Clin. J Am. Soc. Nephrol.**, v. 13, n. 2, p. 265-273, fev, 2018.

FARIA, R. M. O.; LEITE, I. C. G.; SILVA, G. A. O sentido da relação trabalho e saúde para os assistentes em administração de uma universidade pública federal no Estado de Minas Gerais. **Temas Livre Physis**, v. 27, n. 3, p. 541-559, 2017.

FRANCO, R. P. Abordagem fístula First: ainda válida? **J. Bras. Nefrol**, v. 43, n. 2, p. 263-268, 2021.

FRYER, D.; PAYNE, R. Working definitions. **Quality of Working Life**, v. 1, n. 5, p. 13-15, 1984.

GARCIA, V. D.; KEITEL, E. Financiamento do transplante renal. **Braz. J. Nephrol**. v. 43, n. 3, p. 301-302, 2021.

GODOY, M. R.; NETO, G. B.; RIBEIRO, E. P. Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil. **Econ. da Univ. Fed. do Rio G. do Sul**. 2006.

GOULART, P. M. *et al.* Questionário de bem-estar no trabalho: estrutura e propriedades psicométricas. **Estud. Psicol.**, v. 29, p. 657-665, 2012.

GRASSELLI, V. S. M. *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 10, n. 6, p. 503-207, 2012.

HACHMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **J. Appl. Psychol.**, v. 60, n. 2, p. 159-170, 1975.

HILL, N. R. *et al.* Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 11, n. 7, 2016.

HILLAGE, H. L. *et al.* Microalbuminuria is common, also in a nondiabetic, nonhypertensive population, and an independent indicator of cardiovascular risk factors and cardiovascular morbidity. **J Intern Med.**, v. 249, n. 6, p. 519-526, 2001.

HUANG, B. *et al.* Low employment and low willingness of being reemployed in Chinese working-age maintained hemodialysis patients. **Ren Fail.**, v. 39, n. 1, p. 607-612, nov. 2017.

JASSAL, S. V. *et al.* Attitudes of British Isles nephrologists towards dialysis modality selection: a questionnaire study. **Nephrol Dial Transplant**, v. 17, p. 474-477, 2002.

JOB, F. P. P. **Os sentidos do trabalho e a importância da resiliência nas organizações.** [S. l.: s. n.], 2003.

KDIGO. Kidney Disease Improving Global Outcomes. CKD Work Group. **KDIGO 2012: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.** 3. Kidney Int., 2013.

KUBO, H. H.; GOUVÊA, M. A. Análise de fatores associados ao significado do trabalho. **Rev. Adm.** (São Paulo), n. 47, p. 540-544, dez. 2012.

KUTNER, N. *et al.* Dialysis facility characteristics and variation in employment rates: a national study. **Clin. J. Am Soc. Nephrol.**, v. 3, n. 1, p. 111-116, jan. 2008.

KUTNER, N. G. *et al.* Depressed mood, usual activity level, and continued employment after starting dialysis. **Clin. J Am. Soc. Nephrol.**, v. 5, n. 11, p. 2040-2045, nov. 2010.

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

LEMOS, P. L.; BARSAGLINI, R.; PAZ, K. M. R. Impactos materiais e imateriais na experiência de adoecimento renal crônico. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 879-899, jul./set. 2016.

LEWIS, H.; ARBER, D. Impact of age at onset for children with renal failure on education and employment transitions. **Health** (London), v. 19, n. 1, p. 67-85, jan. 2015.

LIMA, M. *et al.* O sentido do trabalho para pessoas com deficiência. **Rev. Adm. Mackenzie**, v. 14, n. 2, abr. 2013.

LOPES, J. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2014.

LYSAGHT, M. J. Maintenance dialysis population dynamics: current trends and long-term implications. **J Am Soc. Nephrol.** v. 13, suppl 1, p. 37-40, 2002.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 670-679, 2005.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MOLSTED, S. *et al.* Self-rated health and employment status in chronic haemodialysis patients. **Scand J Urol Nephrol.**, v. 38, n. 2, p. 174-178, 2004.

MORETTI, S.; TREICHEL, A. Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana. **Rev. Leonardo pós-Órgão Divulg. Científica e Cult do ICPG**, Blumenau, v. 1, n. 3, p. 73-80, 2003.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **RAE**, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

MUEHRER, T. J. *et al.* Factors affecting employment at initiation of dialysis. **Clin. J Am. Soc. Nephrol.**, v. 6, n. 3, p. 489-196, mar. 2011.

NERI, L. *et al.* Occupational stress is associated with impaired work ability and reduced quality of life in patients with chronic kidney failure. **Int J Artif Organs**. v. 32, n. 5, p. 291-298, maio 2009.

NERI, L. *et al.* Work ability and health status in dialysis patients, **The International journal of artificial organs**, United States, v. 28, p. 554-556, 2005.

NESRALLAH, G. E. *et al.* Hemodiálise Domiciliar e Intensiva. *In.*: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G. **Manual de diálise**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

NEVES, P. D. M. *et al.* Brazilian dialysis survey 2019. **Braz. J. Nephrol.**, v. 43 n. 2, abr./jun. 2021.

PEREIRA, E. *et al.* Escolha do método dialítico: variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. *J. Bras. Nefrol.*, v. 38, n. 2, Apr./Jun. 2016.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 689-695, 2009.

PERES, L. *et al.* Causas de óbitos em pacientes renais crônicos em programa dialítico. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 6, p. 496-499, 2010.

PICOLLI, A. P.; NASCIMENTO, M. M.; RIELLA, M. C. Prevalence of chronic kidney disease in a population in southern Brazil (Pro-Renal Study). **Brazilian J Nephrol**, v. 37, n. 4, p. 384-390, 2017.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos básicos sobre o trabalho. *In.*: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-56. (Coleção

Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 5).

RIBEIRO, W. A.; JORGE, B. O.; QUEIROZ, R. S. Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão de literatura. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 1, 2020.

RUDNICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estud. Psicol.**, v. 24, n. 3, p. 343-351, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. Sistema único de saúde. **Plano operativo para organização da linha de cuidado da pessoa com doenças renais crônicas em Santa Catarina**. Florianópolis: SUS, 2018.

SBN. **Sociedade Brasileira de Nefrologia**. 2021.

SESSO, R.; LUGON, J. Global dialysis perspective: Brazil. **KIDNEY360**, v. 1, p. 216–219, 2020.

SILVA, A. S. *et al.* Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011.

SILVA, S. B. *et al.* Cost comparison of kidney transplant versus dialysis in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2016.

SILVA, S. B. *et al.* Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, e00013515, 2016.

SINGH, A. Abordagem de pacientes com doença renal crônica, estágios 1 a 4. *In.*: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G. **Manual de diálise**. Guanabara: Rio de Janeiro, 2016. p. 3–8.

TAKAKI, J.; YANO, E. The relationship between coping with stress and employment in patients receiving maintenance hemodialysis. **J Occup Health.**, v. 48, n. 4, p. 276-283, jul. 2006.

THOMÉ, F. S. *et al.* Inquérito brasileiro de diálise crônica: 2017. **Brazilian J Nephrol**, v. 41, n. 2, p. 208-2014, 2019.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicol. Soc.**, v. 19, n. Spe, p. 38-46, 2007.

TRENTINI, M.; SILVA, D. G.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 18-28, 1990.

UNIMED. **Plano de saúde empresarial é um diferencial competitivo para empresas**. 2021.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estud. Psicol.**, v. 30, n. 1, p. 131-138, 2013.

VAREKAMP, L. *et al.* Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change. **J Occup Rehabil.**, v. 19, n. 4, p. 398-408, 2009.

VECCHIO, R. The function and meaning of work and the job. **Academy of Management Journal**, v. 23, n. 2, p. 361-367, 1990.

VERONESE, J. V.; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S. **Métodos dialíticos na insuficiência renal aguda.** In: BARROS, E. *et al.* Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas: 2006, p. 365-380.

WHO. World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization.** 2021.

WHO. World Health Organization. **The global burden of disease: 2004 update.** 2008.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

SUA SAÚDE !!!

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida.
Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma das questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

excelente muito boa boa regular ruim

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

muito melhor agora do que há um ano atrás
 um pouco melhor agora do que há um ano atrás
 aproximadamente igual há um ano atrás
 um pouco pior agora do que há um ano atrás
 muito pior agora do que há um ano atrás

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
Atividades que requerem muito esforço , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço			
Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche ou caminhar mais de uma hora			
Levantar ou carregar compras de supermercado			
Subir vários lances de escada			
Subir um lance de escada			
Inclinar-se, ajoelhar-se ou curvar-se			
Caminhar mais do que um quilômetro			
Caminhar vários quarteirões			
Caminhar um quarteirão			
Tomar banho ou vestir-se			

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

Você reduziu a **quantidade de tempo** que passa trabalhando em outras atividades:

sim não

Fez menos coisas que gostaria:

sim não

Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades:

sim não

Teve dificuldade para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço):

sim não

5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades da vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

Reduziu a **quantidade de tempo** que passa trabalhando em outras atividades:

sim não

Fez menos coisas do que gostaria

sim não

Trabalhou ou realizou outras atividades com menos **atenção do que de costume**:

sim não

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com a família, amigos, vizinhos ou grupos?

- nada
 um pouco
 moderadamente
 bastante
 extremamente

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

- nenhuma
 muito leve
 leve
 moderada
 intensa
 muito intensa

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

- nada
 um pouco
 moderadamente
 bastante
 extremamente

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido. Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo ...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
Você se sentiu cheio de vida?						
Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?						
Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?						
Você se sentiu calmo e tranquilo?						
Você teve muita energia?						
Você se sentiu desanimado e deprimido?						
Você se sentiu esgotado(muito cansado)?						
Você se sentiu uma pessoa feliz?						
Você se sentiu cansado?						

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas da sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

- () todo o tempo
 () a maior parte do tempo
 () uma pequena parte do tempo
 () nenhum momento

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você:

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdade	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida, falso
Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas					
Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço					
Acredito que minha saúde vai piorar					
Minha saúde está excelente					

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS DAS ATIVIDADES LABORAIS



PESQUISA SOBRE A SITUAÇÃO DO TRABALHO EM PESSOAS QUE FAZEM DIÁLISE

Instruções:

- Marque com um “X” a resposta que parecer mais adequada para você
- Algumas perguntas você poderá escrever sua resposta no espaço indicado
- Algumas perguntas, dependendo de sua resposta SIM ou NÃO, poderão ter outra pergunta logo abaixo marcado pela seta “↓”.
- No caso de qualquer dúvida, um dos pesquisadores estará presente na sala para auxiliar você. Eles estão aí para lhe ajudar e terão o maior prazer em fazer isto. Chame eles.

1. Você estava aposentado antes de começar a fazer diálise?

() Sim

() Não ➡ Pule para a pergunta 2



O motivo da sua aposentadoria foi por causa de sua doença nos rins, ou seja, por invalidez?

() Sim

() Não

2. Você tinha algum tipo de trabalho que lhe dava algum dinheiro até seis meses antes de iniciar a diálise?

() Sim

() Não



Se sim, em que você trabalhava?

Se não, por que você não estava trabalhando?

() fui despedido

() parei devido a doença no rim

() não achava emprego

() não precisava ou não tinha interesse

() parei devido o problema do coronavírus (COVID-19)

3. Se você trabalhava antes de iniciar a diálise, o quanto era importante no seu sustento o valor que você ganhava?

- não/pouco importante importante
 muito importante

4. Você estava trabalhando nos primeiros seis meses após início da diálise?

- sim não ➡ Pule para a pergunta 5

↓
Era no mesmo lugar (empresa, firma, serviço próprio) que você já trabalhava antes de começar a diálise?

- Sim Não

Houve necessidade de mudar sua função ou tipo de serviço neste lugar?

- sim Não

Nestes seis meses após o início da diálise o número de horas que você trabalhava:

- ficaram iguais diminuíram aumentaram

Como ficou seu salário nestes seis meses após o início de diálise:

- igual diminuiu aumentou

5. Atualmente qual a sua situação em relação ao trabalho?

- parei de trabalhar sigo trabalhando

↓
Por que você parou de trabalhar?

- devido ao coronavírus (covid-19)
 fui despedido
 me aposentei
 precisei me afastar devido piora de saúde
 não achei mais trabalho
 outra causa: _____

ATENÇÃO!!!!!!

Se você está trabalhando hoje responda as perguntas de 6 a 11.
Se não está trabalhando PULE para a pergunta 12.

6. Você se sente preocupado em perder seu trabalho por causa da diálise?

sim não

7. O quanto você acha que o seu patrão ou chefia aceita o fato de você fazer diálise?

não aceita
 aceita
 não tenho problema com isto por que trabalho por conta própria

8. Você acha que o seu problema nos rins dificulta o seu rendimento no seu trabalho atual?

sim não ➡ Pule para a próxima pergunta



Qual a situação abaixo que mais lhe atrapalha no seu rendimento hoje no trabalho (marque apenas UMA resposta):

medo de machucar a Fístula
 cansaço
 medo de prejudicar o cateter
 dores
 tomar os remédios
 alimentação fornecida no trabalho
 horários que você precisa fazer diálise
 outro motivo. Qual? _____

9. O quanto você se sente motivado para continuar trabalhando?

não me sinto motivado
 me sinto motivado

10. Marque com um "X" dentro do quadro o quanto cada um dos motivos abaixo são importantes para você se manter trabalhando mesmo fazendo diálise

	Não importante	Importante
Por questões de ganho financeiro		
Por que gosto de trabalhar no que faço		
Para ajudar no meu aspecto psicológico		

11. Quantas horas você trabalha na semana?

- () Até 20 horas semanais.
() Mais de 20 horas semanais

Agora pule para a pergunta 16 até a pergunta 19

ATENÇÃO!!!!!!

Se você **NÃO ESTÁ** trabalhando atualmente responda as perguntas abaixo.

Se você está trabalhando **NÃO** precisa responder esta parte.

12. Trabalhar fazendo diálise pode apresentar muitos desafios. O quanto você gostaria de voltar a fazer algum tipo de trabalho mesmo fazendo diálise?

- não gostaria de voltar
 gostaria
 gostaria muito de voltar

13. Se você respondeu que gostaria de voltar a trabalhar, qual seria o motivo: _____

14. Você recebe auxílio doença (está encostado no INSS)?

- sim não

15. Nos últimos 6 meses você tentou procurar algum tipo de trabalho?

- sim não



Qual o maior motivo (marque apenas uma alternativa)?

- não me sinto bem para trabalhar
 ganho o suficiente com o auxílio doença (encosto)
 acho que não vão me dar emprego por causa da diálise
 outro? Qual? _____

16. Até que série você estudou _____

17. Além de você, quantas pessoas moram na mesma casa:

18. Considerando todas as rendas das pessoas que moram com você, qual seria esta renda aproximada:

- () menos de R\$1.000,00
- () entre R\$ 1.001,00 até R\$3.000,00
- () entre R\$ 3.001,00 até R\$5.000,00
- () mais de R\$ 5.000,00



Muito obrigado por cooperar em participar da nossa
pesquisa!!!
Sua participação foi muito importante!!!

Se você quiser escrever algo a mais que você acha importante sobre este assunto, nós ficaríamos muito felizes em saber. Fique à vontade para escrever nas linhas a seguir...

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado: Impacto da hemodiálise na atividade laboral. Cujos objetivos e justificativas são avaliar o impacto da hemodiálise na atividade laboral, traçar um perfil dos pacientes em hemodiálise que pararam de trabalhar, identificar os principais motivos que levam os pacientes a parar de trabalhar, investigar se o tipo de profissão afeta a permanência no trabalho, estimar se a idade afeta a manutenção no emprego e determinar a repercussão da falta de trabalho na qualidade de vida. Acreditamos que esta pesquisa poderá auxiliar no melhor entendimento das dificuldades que um paciente que faz diálise tem em relação ao trabalho e permitir na busca de um melhor cuidado integral ao paciente com insuficiência renal.

A sua participação no referido estudo será no sentido de fornecer informações relacionadas a sua vida laboral, dados clínicos já coletados durante a seu tratamento de rotina na clínica de diálise e que digam a respeito do seu tratamento dialítico, preenchimento de um questionário padronizado e validado para avaliar a sua qualidade de vida. Cada questionário levará cerca de 15 minutos.

Ao concordar em participar desta pesquisa, você declara que recebeu todos os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo. Levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Os membros da equipe de investigadores, nomes dos pesquisadores e telefones, estarão disponíveis para responder as suas perguntas, bem como esclarecer toda e qualquer dúvida que você venha a ter durante a leitura deste TCLE, durante o estudo e até mesmo após o término do estudo.

Você deve estar ciente de que sua privacidade será respeitada, ou seja, se nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar você, será mantido em sigilo. Também deve estar ciente que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, sabendo que não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que você vem recebendo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, você manifesta seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

No entanto caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE. Endereço – Paulo Malschitzki, 10 - Bairro Zona Industrial - Campus Universitário - CEP 89219-710 – Joinville / SC.

Concordando com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, afirmo ter lido as informações acima, ter recebido as explicações necessárias do investigador, ter tido oportunidade de tirar todas as dúvidas que julgaram necessárias e concordo em fazer parte do estudo.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Pesquisadores:

Nicole Caldeira Skrebsky Menegazzo +55 (47) 99178-48-08

Helbert do Nascimento Lima +55 (47) 99914-25-24

“As informações deste termo são importantes e incluem o contato com o pesquisador responsável pela pesquisa. Orienta-se que você salve como print de tela e/ou imprima este documento guardando-o com você.”

APÊNDICE D – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS RELACIONADOS A ATIVIDADE LABORAL EM PACIENTE SUBMETIDOS A TRATAMENTO DIALÍTICO CRÔNICO

Pesquisador: nicole caldeira skrebsky menegazzo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36757120.2.0000.5366

Instituição Proponente: FUNDACAO EDUCACIONAL DA REGIAO DE JOINVILLE - UNIVILLE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.374.916

Apresentação do Projeto:

Os primeiros estudos sobre o sentido do trabalho são atribuídos a dois psicólogos Hackman e Oldhan (1975), que associaram a qualidade de vida no trabalho ao sentido do trabalho. Para eles um trabalho que tem sentido é importante, útil e legítimo para aqueles que o realizam (1). Morin et al salientam que a maioria das pessoas, mesmo que tivessem condições para viver o resto da vida confortavelmente, continuariam a trabalhar, pois o trabalho, além de ser uma fonte de sustento, é um meio de se relacionar com os outros, de se sentir como parte integrante de um grupo ou da sociedade, de ter uma ocupação e de ter um objetivo a ser atingido na vida (2). Os valores relacionados com o trabalho se estabelecem já na infância e na adolescência e possuem um efeito que perdura na personalidade das pessoas, mas se modificam e se adaptam nas diferentes etapas da vida e em situações sociais distintas (3). O significado que o trabalho tem para cada pessoa é construído por meio da compreensão da subjetividade individual, sendo muito variável, visto que os indivíduos se apropriam de vários elementos relativos ao trabalho e os ressignificam. Ele ocupa papel fundamental na construção do sujeito, no exercício da cidadania e na constituição da sua subjetividade (4).

Tendo em vista a magnitude do trabalho como realidade social, e seu valor à atividade humana, contribuindo para a satisfação de necessidades não apenas econômicas, mas também psicológicas e sociais, para os portadores de doença renal crônica, a importância para esta população se torna instigante, dado que o trabalho tem sido considerado uma importante via de inclusão social

Endereço: Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
Bairro: Zona Industrial **CEP:** 89.219-710
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.374.916

dessas pessoas na sociedade (4).

Os indivíduos que sofrem de diferentes doenças crônicas precisam aprender a conviver com várias limitações em seu cotidiano, pois a doença exige adaptação do paciente e dos familiares em diferentes aspectos da vida, e normalmente tais mudanças se desdobram com o tempo (5).

O trabalho pode ser dificultado ou até mesmo, impossibilitado por limitações físicas, cognitivas, dor e fadiga, fato este que torna a taxa de emprego dos pacientes com doenças crônicas, um pouco ou consideravelmente inferior às das pessoas saudáveis (6).

A prevalência da doença renal crônica terminal tem aumentado substancialmente nos últimos anos em todo o mundo. As Terapias Renais Substitutivas (TRS) – hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal –, têm oportunizado uma maior sobrevida aos pacientes, contudo estes apresentam uma chance maior de permanecerem com incapacidades funcionais. No Brasil a quase totalidade das TRS são custeadas pelo SUS logo, a DRCT representa um alto impacto financeiro para o sistema público de saúde (7).

No Brasil as terapias renais substitutivas são, o tratamento predominante, apesar de causarem impactos negativos na vida dos pacientes como a perda de quantidade e qualidade de vida (8).

Através de dados nacionais sobre diálise crônica realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), avaliou que nos últimos 15 anos, o número de pacientes com DRC submetidos a diálise aumentou 4,2 vezes mais do que o número de centros ativos de diálise, elevando para 167 o número médio de pacientes por centro. Em julho de 2017, o número total estimado de pacientes em diálise foi de 126.583. As estimativas nacionais das taxas de prevalência e de incidência de pacientes em tratamento dialítico por milhão da população (pmp) foram 610 (9). O grande aumento em todo o mundo do número de pacientes com doença renal crônica (DRC) e conseqüente insuficiência renal terminal tratados com terapia renal substitutiva diálise ou transplante renal ameaça atingir proporções epidêmicas na próxima década, e apenas um pequeno número de países possui economias robustas, capazes de enfrentar estes desafios. Os principais motivos deste aumento são o envelhecimento da população e a epidemia global de DM tipo 2 (10).

Tendo em vista o impacto do tratamento dialítico sobre a vida laboral de pacientes submetidos a tratamento crônico, seria importante a busca por ampliar o conhecimento desta temática no que tange seus aspectos epidemiológicos, impacto sobre a qualidade de vida e aspectos diretos relacionados ao tratamento dialítico, bem como compreender melhor a visão do próprio paciente sobre as dificuldades e anseios relacionados a vida laboral enquanto em tratamento dialítico (11).

Endereço: Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
Bairro: Zona Industrial **CEP:** 89.219-710
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.374.916

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer substanciado nº 4.282.736.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer substanciado nº 4.282.736.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na seção de aspectos éticos (p. 28 do projeto de pesquisa) encontra-se o seguinte parágrafo: “O projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da respectiva universidade, atendendo aos pressupostos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), recebendo parecer substanciado registrado sob o número 3.240.827”. Não se sabe o que significa essa informação sobre o parecer substanciado

A pesquisa transversal, descritiva, analítica e quantitativa conta com 300 participantes em pacientes com IRC submetidos a diálise em dois centros de tratamento dialítico (Clínica de Nefrologia de Joinville e Associação Renal Vida no Vale Itajaí/ SC). Amostra é probabilística com base em estudos anteriores brasileiros, os participantes serão selecionados de forma randomizada por sorteio simples entre o quadro amostral das clínicas envolvidas.

Com relação aos critérios de inclusão dos participantes é informado: estarem realizando diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal) de caráter crônico (> 3 meses); idade igual ou superior a 18 anos até 55 anos; alfabetizados; não possuírem diagnóstico de qualquer tipo de doença demencial primária ou secundária diagnosticada pela equipe médica assistente de cada clínica; sem internação nos últimos 30 dias.

De acordo com a pesquisadora, serão excluídos os participantes que não responderem o questionário dentro do prazo determinado; que desistam a qualquer momento durante a pesquisa; que tenham dados ou questionários incompletos que inviabilizem as análises.

A participação se dará mediante a resposta dos pacientes a questionários, os quais foram apresentados no protocolo de pesquisa. Serão coletados dados referentes ao tratamento dialítico realizados de forma rotineira em cada clínica para cada paciente incluído no estudo com base em revisão de prontuário: média dos últimos três meses dos valores de potássio, fósforo, ganho

Página 04 de

interdialítico e Kt/V. Serão aplicados dois questionários em dias diferentes de hemodiálise para não fadigar os pacientes com os instrumentos. Em um primeiro dia serão coletados dados relacionados a idade, sexo, escolaridade, comorbidades prévias e relacionadas ao trabalho através

Endereço: Rua Paulo Malschitzki, nº 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
Bairro: Zona Industrial **CEP:** 89.219-710
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



UNIVERSIDADE DA REGIÃO
DE JOINVILLE UNIVILLE



Continuação do Parecer: 4.374.916

de um questionário autoaplicável (Q1). Em outro dia de hemodiálise será aplicado outro questionário (Q2) padrão para avaliação de qualidade de vida (Kidney Disease Quality of Life Instrument, KDQOL SF36) (64). Será também avaliado a força de preensão manual do tipo palmar (FPM) dos participantes para constatação de fragilidade, independência funcional e autonomia através do uso de um dinamômetro ao final do primeiro questionário (65).

Foi indicado pela pesquisadora que após aprovação do CEP, será feito um teste piloto da aplicabilidade e entendimento do questionário com 10 pacientes inclusos no estudo para ajuste do instrumento. No caso da necessidade de ajuste no instrumento, para além de questões gramaticais ou estilo de escrita, as mudanças serão comunicadas novamente ao CEP para reavaliação.

A análise dos dados foi descrita pela pesquisadora responsável.

Não é mencionado a forma de descarte dos materiais e quem será responsável pela posse e guarda dos mesmos, mas foi apresentado no projeto que a guarda dos materiais será por um período de cinco anos. Os custos da pesquisa são informados detalhadamente e apresenta a forma de custeio (financiamento próprio). Quanto ao cronograma, é informado que a fase de coleta de dados iniciará em novembro/2020, prevendo sua conclusão do estudo como um todo em outubro/2021.

A pesquisadora informa que a partir dos resultados obtidos no estudo espera-se: que os resultados obtidos também serão úteis para o planejamento de estratégias que busquem auxiliar em um possível aumento do labor nesta população; que possam servir de referência para novos estudos relacionados a este tema. Apresenta ainda os seguintes resultados esperados:

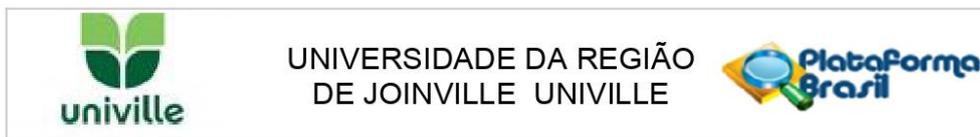
- Definir os principais motivos que levam ao abandono do emprego e situação epidemiológica relacionada atividade laboral entre pacientes em hemodiálise.
- Propor sugestões para a diminuição do desemprego nesta população e fomentar discussões entre os órgãos públicos e privados envolvidos.
- Apresentar os resultados em eventos e meios científicos através de pôster, artigos e palestras e em formade dissertação de mestrado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável informou a lista de nome dos alunos assistentes de pesquisa, ISRAEL KITZBERGER, THAYSA KLITZKE GRIGULL, CLAUDIA SOMBRIO FRONZA, MATEUS DE MIRANDA GAUZA, MAURA FORTES BRAIBANTE KADER. Os nomes estão inseridos neste sistema.

A pesquisadora informou sobre a guarda, posse e descarte dos materiais de pesquisa.

Endereço: Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
Bairro: Zona Industrial **CEP:** 89.219-710
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.374.916

A Folha de Rosto apresentada está completa, inclusive com a assinatura da vice coordenadora da PÓS PPGSMA.

O TCLE formulado foi refeito e está de acordo com a Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Ao finalizar a pesquisa, o (a) pesquisador (a) responsável deve enviar ao Comitê de Ética, por meio do sistema Plataforma Brasil, o Relatório Final (modelo de documento na página do CEP no sítio da Univille Universidade).

Segundo a Resolução 466/12, no item

XI- DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

d) Elaborar e apresentar o relatório final;

Modelo de relatório para download na página do CEP no sítio da Univille Universidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto "ASPECTOS RELACIONADOS A ATIVIDADE LABORAL EM PACIENTE SUBMETIDOS A TRATAMENTO DIALÍTICO CRÔNICO", sob CAAE "36757120.2.0000.5366" teve suas pendências esclarecidas pelo (a) pesquisador(a) "nicole caldeira skrebsky menegazzo", de acordo com a Resolução CNS 466/12 e complementares, portanto, encontra-se APROVADO.

Informamos que após leitura deste parecer, é imprescindível a leitura do item "O Parecer do CEP" na página do Comitê no sítio da Univille, pois os procedimentos seguintes, no que se refere ao enquadramento do protocolo, estão disponíveis na página. Segue o link de acesso https://www.univille.edu.br/pt_br/institucional/proreitorias/prppg/setores/coordenacao_pesquisa/comite_etica_pesquisa/status-parecer/645062.

Endereço: Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
Bairro: Zona Industrial **CEP:** 89.219-710
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



Continuação do Parecer: 4.374.916

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville - Univille, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1602386.pdf	23/09/2020 18:14:45		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	carta.pdf	23/09/2020 18:14:14	nicole caldeira skrebsky menegazzo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	21/09/2020 18:49:28	nicole caldeira skrebsky menegazzo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	20/09/2020 17:28:49	nicole caldeira skrebsky menegazzo	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	18/08/2020 17:02:28	nicole caldeira skrebsky menegazzo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Renal.pdf	15/08/2020 15:57:09	nicole caldeira skrebsky menegazzo	Aceito
Declaração de concordância	Marcus.pdf	15/08/2020 15:56:04	nicole caldeira skrebsky menegazzo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
Bairro: Zona Industrial **CEP:** 89.219-710
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br



UNIVERSIDADE DA REGIÃO
DE JOINVILLE UNIVILLE



Continuação do Parecer: 4.374.916

JOINVILLE, 02 de Novembro de 2020

Assinado por:
Marcia Luciane Lange Silveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 119. campus Bom Retiro
Bairro: Zona Industrial **CEP:** 89.219-710
UF: SC **Município:** JOINVILLE
Telefone: (47)3461-9235 **E-mail:** comitetica@univille.br

Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) a disponibilizar em ambiente digital institucional, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/IBICT) e/ou outras bases de dados científicas, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data 14/03/2022

- Identificação do material bibliográfico: () Tese (x) Dissertação () Trabalho de Conclusão

- Identificação da Tese ou Dissertação:

Autor : Nicole Caldeira Skrebsky Menegazzo

Orientador: Helbert do Nascimento Lima

Coorientadora : Cláudia Sombrio Fronza

Coorientador: Antonio Vinicius Soares

Data de Defesa: 17/02/2022

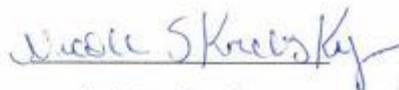
Título : Aspectos Relacionados a Atividade Laboral em Pacientes Submetidos a Tratamento Hemodialítico Crônico

Instituição de Defesa : Universidade da Região de Joinville- UNIVILLE

3. Informação de acesso ao documento:

Pode ser liberado para publicação integral (x) Sim () Não

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese, dissertação ou relatório técnico.



Assinatura do autor

Local/Data

23/03/2022