



Qualidade de vida dos trabalhadores que realizam hemodiálise¹

Quality of life of workers undergoing hemodialysis

Taciana Mirella Batista dos SANTOS²
Iracema da Silva FRAZÃO³

RESUMO

Objetivo

Avaliar o impacto da hemodiálise na qualidade de vida dos trabalhadores portadores de insuficiência renal crônica.

Métodos

Tratou-se de um estudo do tipo transversal, comparativo e descritivo, realizado a partir de pesquisa quantitativa no setor de nefrologia de um hospital universitário de Pernambuco. A amostra foi formada por 24 pacientes. Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento *Short Form-36* aplicado entre os meses de março e junho de 2010.

Resultados

A qualidade de vida mostrou-se globalmente diminuída no domínio aspectos físicos. Quando relacionada ao trabalho, a população que permaneceu em alguma atividade remunerada obteve melhores escores de qualidade de vida.

Conclusão

A terapia hemodialítica impõe limitações físicas, dificultando até mesmo a execução das atividades cotidianas dos pacientes. Trabalhar é importante mesmo quando o trabalhador é portador de uma doença crônica, tanto pelos aspectos

¹ Artigo elaborado a partir da monografia de TMB SANTOS, intitulada "Repercussões da terapia hemodialítica na atividade profissional dos pacientes renais crônicos em tratamento no hospital universitário - PE". Hospital das Clínicas de Pernambuco; 2011.

² Hospital Pediátrico Helena Moura. R. Cônego Barata, s/n., Tamarineira, 52110-120, Recife, PE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: TMB SANTOS. E-mail: <tacianamirella@hotmail.com>.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Recife, PE, Brasil.

financeiros quanto pelos sociais, pois não ter emprego repercute na qualidade de vida. A enfermeira pode promover atividades para a manutenção dos movimentos e preservação da força; deve, portanto, estimular o autocuidado sempre que for possível.

Termos de indexação: Aposentadoria. Emprego. Insuficiência renal crônica. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Objective

This study assessed the impact of hemodialysis on the quality of life of workers with chronic renal failure.

Methods

This comparative, descriptive cross-sectional study was based on a quantitative research done in the nephrology sector of a university hospital in Pernambuco. The Short Form-36 Health Survey was used from March to June 2010 to measure the quality of life of 24 hemodialysis patients.

Results

Quality of life was generally low in the physical domains. Being employed resulted in better quality of life scores.

Conclusion

Hemodialysis imposes physical limitations and makes some activities of daily living harder to perform. Employment is important both financially and socially, even when the worker has a chronic condition. Being employed improves quality of life. Nurses may encourage patients to perform activities that preserve their movements and strength. Whenever possible, nurses should also encourage self care.

Indexing terms: Retirement. Employment. Renal insufficiency, chronic. Occupational health.

INTRODUÇÃO

Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma das manifestações da Doença Renal Crônica (DRC). Consiste, principalmente, na redução da capacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas, acarretando alterações metabólicas e hormonais¹.

A insuficiência renal crônica é um problema de Saúde Pública com incidência e prevalência crescentes. São necessários altos investimentos, tanto pessoais como institucionais, para seu controle, pois até o momento a recuperação das funções renais pode ser considerada uma situação irreversível. Desta forma, a pessoa se vê em uma condição na qual luta pela sobrevivência e fica dependente, frequen-

temente, das máquinas de hemodiálise e dos profissionais de saúde².

Cerca de 50 milhões de indivíduos são portadores de DRC no mundo, sendo que sua incidência dobrou nos últimos 15 anos e a previsão é de que venha a duplicar novamente nos próximos 10 anos³. Em 2009, na Austrália, 11,3% de todas as mortes ocorridas foram devidas ou associadas à insuficiência renal⁴. No Brasil, quase um milhão de brasileiros tem problemas renais; cerca de 90,0% destas pessoas não sabem da doença e, também, que a cada ano as doenças renais matam pelo menos 15 mil pessoas⁵.

Os avanços nas pesquisas e a consequente descoberta de novos tratamentos para a doença renal

tem proporcionado um aumento na expectativa de vida dos pacientes. Esta condição gerou um maior interesse pelo bem-estar dos pacientes submetidos à diálise porque viver em uma condição crônica de saúde, especificamente a IRC, traz uma série de mudanças à vida das pessoas e seus familiares, requerendo enfrentamentos, novos objetivos, impondo dificuldades que nem sempre a família ou a equipe de saúde estão preparadas para aceitar e, principalmente, compreender. É sabido que essa mudança na vida do doente renal crônico pode desestabilizar sua autoestima e sua qualidade de vida⁶.

O impacto da insuficiência renal crônica sobre a qualidade de vida decorre de vários fatores: convívio com doença irreversível, esquema terapêutico rigoroso que provoca modificações alimentares, utilização de vários medicamentos e dependência de uma máquina. Além disso, causa alterações nas atividades sociais e no trabalho⁷.

Os pacientes submetidos à Terapia Hemodialítica (THD) têm grande dificuldade de manter a rotina anterior ao tratamento; inclusive, essa mudança repentina pode gerar sentimentos de incerteza e medo diante da nova realidade. Esse método dialítico requer muitas horas na vida dos pacientes e dificulta a sua permanência em qualquer atividade que tenha inflexibilidade nos horários ou atividade física extenuante. A dependência do tratamento, a perda da liberdade e a diminuição da expectativa de vida, entre outros problemas, assim como a falta de trabalho nos portadores de DRC, podem causar problemas psicológicos, como a depressão².

Muitas questões surgem quando se fala do paciente renal crônico. Estas perguntas vão se estendendo e se entrelaçando, desde as esferas sociais até as econômicas, orgânicas, psicológicas, culturais e éticas. Em geral, os pacientes em hemodiálise vivenciam muitas perdas e idealizam outras tantas. Essas manifestações ocorrem desde o diagnóstico, não somente com o paciente, como também com a família que o acompanha⁸.

O paciente renal crônico percebe a sua própria saúde de modo negativo, reduzindo, assim, o seu funcionamento físico e profissional. As suas interações

sociais são limitadas pelos sintomas da doença crônica e as suas avaliações de qualidade de vida, o que interfere na aderência ao tratamento⁸.

Considerando, então, a importância do trabalho para os seres humanos, este estudo visou identificar as modificações impostas pelo tratamento hemodialítico na qualidade de vida dos indivíduos portadores de DRC no que se refere à sua inserção no mercado de trabalho. Este estudo abordou a hemodiálise por ser o tratamento mais utilizado na realidade brasileira.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo do tipo transversal, comparativo e descritivo, por meio de pesquisa quantitativa, no setor de nefrologia de um hospital universitário de Pernambuco. O programa de THD deste hospital conta com 54 pacientes; ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi formada por 24 pacientes. Considerou-se atividade profissional qualquer atividade remunerada.

A entrevista foi realizada entre os meses de março e junho de 2010, mediante um instrumento dividido em duas partes: a primeira foi elaborada pela pesquisadora e abordava dados relacionados à identificação e aspectos sociais; a segunda parte avaliava a qualidade de vida através do *Short Form-36* (SF-36), instrumento este traduzido e validado para o português⁹.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (nº 336/09), conforme as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS)¹⁰.

Os resultados foram apresentados e discutidos segundo a distribuição da frequência relativa, Médias (M) e Desvio-Padrão (DP). Quanto às variáveis com distribuição normal (avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk), foi realizada a comparação de médias pelo teste *t* de Student, e aquelas com distribuição anormal foram comparadas pelo teste de Mann-Whitney. O nível de significância mínimo esta-

belecido para a hipótese de nulidade foi de 5%. Os dados foram organizados em gráficos com auxílio do programa *Microsoft Office Excel 2007*.

RESULTADOS

Foram avaliados 24 pacientes, sendo a distribuição igual entre homens e mulheres (50,00%). A qualidade de vida de ambos os sexos não apresentou diferença significativa, conforme Tabela 1. A população que permaneceu trabalhando após o início da hemodiálise foi de 29,17%, com uma qualidade de vida de 28,19%, estatisticamente significativa e maior que a dos pacientes que não permaneceram trabalhando após o início das sessões hemodialíticas. A idade média dos pacientes avaliados foi de 49,29, sendo 20,17% da amostra com faixa etária de 50 a 59 anos e com uma redução, significativa a 5,00% de probabilidade, de 47,32% na qualidade de vida, quando comparados com pacientes distribuídos na faixa etária de 40 a 49 anos. O tempo de hemodiálise não apresentou diferença significativa entre as categorias adotadas de forma isolada, sem a interação com o trabalho. O mesmo resultado foi observado para a variável renda após a hemodiálise e escolaridade.

A Figura 1 representa o escore geral de qualidade de vida, que é composto por oito domínios: Capacidade Funcional (CF); Limitações por Aspectos

Físicos (LAF); Dor (DOR); Estado Geral de Saúde (EGS); Vitalidade (VIT); Aspectos Sociais (AS); Limitações por Aspectos Emocionais (LAE); Saúde Mental (SM).

As maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes que realizam hemodiálise são referentes às LAF, seguidos pelo domínio LAE e se contrapondo à VIT e ao AS, que, empatados, obtiveram melhores escores.

O escore de qualidade de vida na população em estudo foi maior nos que trabalhavam em relação aos que interromperam as atividades profissionais. Entre os que permaneceram trabalhando, o escore de qualidade de vida foi melhor para o domínio AS e pior para EGS. Já para os que não trabalhavam, o melhor escore de qualidade de vida foi para Vitalidade e o pior para LAF. No entanto, os que não trabalhavam obtiveram um escore muito inferior neste domínio em relação aos que trabalhavam, ficando os primeiros com 17,65, evidenciando uma redução de 70,92% na qualidade de vida desses pacientes no que se refere às LAF (Tabela 1). Entre os domínios abordados, o EGS foi o único que não apresentou significância; ou seja, o fato de estar trabalhando não teve influência sobre este domínio.

Em relação ao sexo, os achados revelaram que as mulheres que permaneceram trabalhando mantêm uma boa qualidade de vida; contudo, as mulheres que não permaneceram trabalhando

Tabela 1. Escore dos domínios da qualidade de vida do questionário *Short Form-36* aplicado aos pacientes em hemodiálise em um hospital universitário relacionado ao trabalho. Recife (PE), 2010.

Domínios do SF-36	Trabalha	Não trabalha	Teste de Shapiro-Wilk	F _{cal}
	(M±DP)	(M±DP)		
Capacidade funcional	72,86 ± 16,04	49,71 ± 31,99	0,9345	3,2633*
Limites aspectos físicos	60,71 ± 42,96	17,65 ± 39,30	0,8486	5,6552*
Dor	78,14 ± 24,82	57,00 ± 38,10	0,9443	1,8109*
Estado geral de saúde	57,29 ± 24,34	58,18 ± 25,38	0,8231	0,0062 ^{ns}
Vitalidade	72,14 ± 22,33	60,00 ± 16,20	0,8466	2,2361*
Aspectos sociais	82,14 ± 26,86	55,88 ± 37,01	0,8466	2,8666*
Limites aspectos emocionais	66,67 ± 38,49	47,06 ± 51,45	0,8466	0,8185*
Saúde mental	65,14 ± 37,79	53,18 ± 20,77	0,2417	1,0096*

Nota: *Significativo a 5% de probabilidade pelo teste *t* de student.

M: Média; DP: Desvio-Padrão; ns: não significativo.

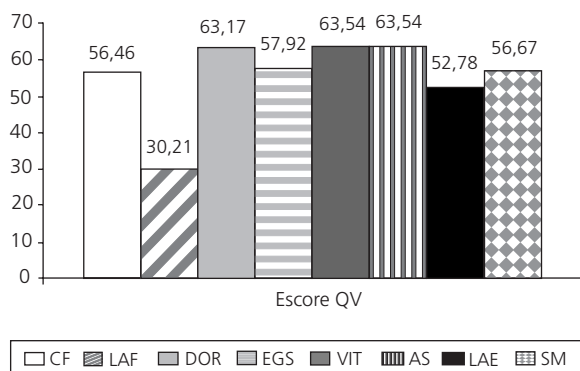


Figura 1. Escore da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. Recife (PE), 2012.

Nota: CF: Capacidade Funcional; LAF: Limitações por Aspectos Físicos; DOR: Dor; EGS Estado Geral de Saúde; VIT Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; LAE: Limitações por Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental.

obtiveram escore de qualidade de vida 7,46% menor que o dos homens que não trabalham.

Ao relacionar a variável sexo e trabalho após a THD, constatou-se que o trabalho não trouxe influências significativas para dois (Saúde Mental e Estado Geral de Saúde) dos oito domínios estudados do SF-36.

Como já foi dito, as mulheres que não trabalham apresentaram baixos escores; no entanto, nas LAF houve uma discrepância significativa: uma diminuição de 66,67% na qualidade de vida em relação às mulheres que trabalhavam. Fenômeno semelhante ocorreu ao analisar o domínio AS, no qual as mulheres que trabalhavam obtiveram escores maiores que aquelas que não trabalhavam. Já para os homens que não trabalham, os menores escores foram em relação ao domínio LAF, seguido de AE. A CF de homens e mulheres que trabalham mostrou-se 28,00% e 34,00% melhor, respectivamente, que aquela dos que não trabalhavam.

A análise realizada para o domínio da DOR revelou que as mulheres apresentaram redução de 39,29% na qualidade de vida quando permaneceram sem trabalhar ao iniciar a hemodiálise. Já para os homens, a redução foi de 13,15%, correspondente aos homens que não trabalham, quando comparado aos homens que permaneceram trabalhando após iniciar a THD.

A interação trabalho e escolaridade não apresentou significância entre os graus de escolaridade Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II e Ensino Médio. No entanto, entre os não alfabetizados percebeu-se uma diminuição na qualidade de vida, independente de permanecerem trabalhando.

A capacidade funcional dos pacientes que possuem Ensino Médio e permaneceram trabalhando apresentou uma melhora de 82,95%, quando comparada com a qualidade de vida dos pacientes com o mesmo nível de escolaridade e que não permaneceram trabalhando.

O maior escore foi para os pacientes com idade entre 40 e 49 anos, sendo LAE e AS os domínios mais relevantes para melhor qualidade de vida (Figura 2). No grupo dos que permaneceram trabalhando estão aqueles pacientes com idade entre 30-39 e 40-49; entre esses grupos não houve disparidade, embora o grupo de pacientes com as mesmas idades, mas que não trabalhavam, tenha apresentado diferenças significativas, que confirmam a importância do trabalho para o grupo com idade entre 30-39 anos.

A variável idade interferiu no grupo de 50 a 59 anos, seguido dos pacientes com mais de 70 anos, pois estes apresentaram menor escore de qualidade de vida. Além disso, não foram encontrados pacientes acima de 70 anos que desenvolvessem qualquer atividade laboral. Esses dois grupos obtiveram menores escores nos domínios LAF e LAE.

Da amostra, 29,20% estão no programa de hemodiálise há menos de um ano, enquanto 8,40% estão há mais de nove anos. A maioria 45,90%, faz o tratamento há um período entre um e quatro anos. Os pacientes que realizavam hemodiálise há menos de um ano, assim como os que possuíam mais de nove anos de THD, não permaneceram trabalhando.

O maior escore de qualidade de vida foi encontrado em pacientes que realizavam THD há mais de nove anos, embora esses tenham declarado não trabalhar. Percebeu-se que houve uma redução significativa de 44,32% entre os pacientes com tempo de hemodiálise de um a quatro anos que não perma-

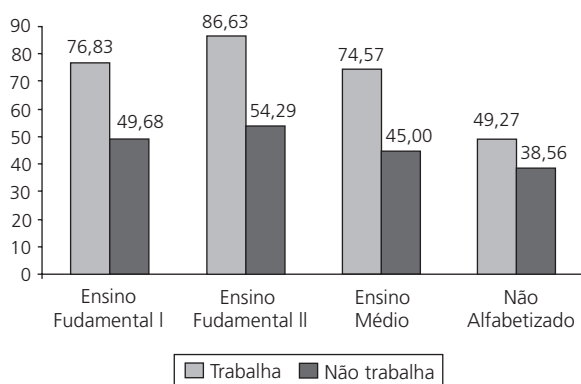


Figura 2. Escore de qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário, conforme a correlação escolaridade e trabalho. Recife (PE), 2012.

Nota: MS: Manten-se sozinho; NC: Não Contribuem; CP: Contribuem Parcialmente; CI: Contribuem Igualmente.

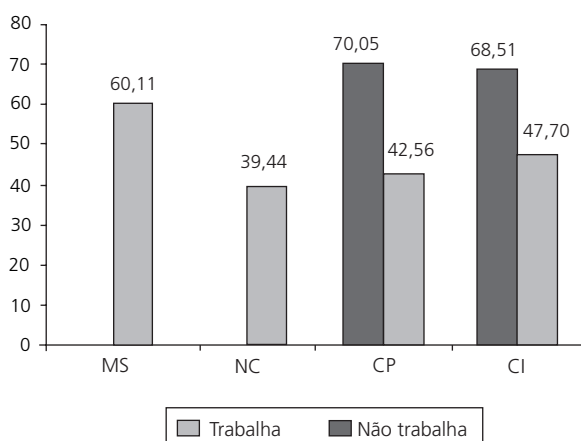


Figura 3. Escore da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise em um hospital universitário, conforme a correlação participação na renda familiar e trabalho. Recife (PE), 2012.

neceram trabalhando, e que o grupo que trabalha tem mais de um ano e menos de nove anos de THD, apresentando boa qualidade de vida.

No grupo dos que permaneceram trabalhando, foi encontrado que todos os pacientes colaboram com as despesas da casa; já no grupo dos que não trabalham foram encontrados alguns pacientes que mantêm a casa sozinhos, colaboram igualmente, colaboram pouco e não contribuem com as despesas da casa.

A qualidade de vida esteve baixa nos que não contribuem e nos que colaboram pouco. Por outro lado, foi encontrado que contribuir com as despesas da casa é positivo para a qualidade de vida. A redução da qualidade de vida dos pacientes que não permaneceram trabalhando foi de 30,38% para os que contribuem igualmente, e de 14,19% para os que mantêm sozinhos. Entre aqueles que não permaneceram trabalhando e não contribuem, ou contribuem parcialmente, verificou-se uma redução na qualidade de vida de 43,70% e 39,24%, respectivamente, quando comparados com aqueles que mantêm sozinhos e permaneceram trabalhando (Figura 3).

DISCUSSÃO

A doença renal crônica causa disfunções musculoesqueléticas, com degradação de proteínas que, somadas à restrição alimentar destes pacientes, levam o sistema musculoesquelético a responder com atrofia e perda de massa muscular, principalmente nos membros inferiores¹¹.

Comprovou-se, nesta pesquisa, que os pacientes em THD sofrem modificações que repercutem principalmente na capacidade física, achados estes que confluem com a literatura².

De acordo com os achados, a hemodiálise causou um grande impacto na atividade laboral: poucos pacientes permaneceram desenvolvendo atividade laboral; no entanto, aqueles que o fizeram apresentaram melhor qualidade de vida em relação aos demais. O fato de a maior parte dos pacientes não desenvolver nenhuma atividade laboral coincide com os achados de uma pesquisa feita com outros grupos de pacientes em THD², na qual foi encontrado que 76,74% e 56,00% não possuíam atividade laboral.

As mudanças no cotidiano e a necessidade de deixar de fazer o que proporciona prazer são ressaltadas pelos pacientes como dificuldades decorrentes da doença. Entre as mudanças, destaca-se a impossibilidade de trabalhar como algo que intimida e marginaliza. A incapacidade física para o

desenvolvimento das atividades cotidianas de trabalho provoca sentimentos que deprimem a qualidade do existir⁸.

Homens e mulheres apresentaram menor qualidade de vida no grupo que não trabalhava, e constatou-se, também, que o trabalho melhorou a qualidade de vida das mulheres em relação aos homens. Normalmente as mulheres são responsáveis por um conjunto de atividades (arrumar a casa, trabalhar fora, atuar como esposas e mães)¹², rotina esta que, provavelmente, é modificada na vigência de uma doença crônica e um tratamento contínuo como a hemodiálise¹³.

Segundo a literatura, as mulheres que trabalham são menos ansiosas em relação às que não trabalham. Contudo, os motivos do escore baixo para as mulheres ainda não estão bem esclarecidos, e podem não ter relação direta com a DRC, mas estar ligados ao aspecto psicológico e social¹⁴, o que confirma os achados desta pesquisa, na qual as mulheres que trabalhavam apresentaram elevados escores no domínio AS.

Existem estudos que demonstram que a mulher apresenta escores de qualidade de vida menores¹⁵ que o homem, sugerindo que isso possa acontecer, atualmente, porque a mulher está inserida no mercado de trabalho tanto quanto o homem e, como tal, dá valor ao seu papel social, além de ter os cuidados com o lar¹⁵.

É necessário utilizar instrumentos específicos para avaliar sintomas frequentes em homens e mulheres: enquanto as mulheres demonstram mais choro e tristezas, por exemplo, os homens procuram usar drogas, como o álcool e o tabaco, em uma tentativa de fuga¹⁶.

Uma pesquisa sobre a inserção da mulher pernambucana no mercado de trabalho afirma que a atividade remunerada tem um efeito positivo na saúde mental. Entre seus achados, a pesquisa revela ainda que a mulher desempregada está mais propensa a transtornos mentais. A pesquisa supracitada abordou a teoria dos papéis sociais, que propõe duas explicações competitivas: a primeira afirma que o

trabalho remunerado protege as mulheres do isolamento social, da monotonia e do baixo *status* do trabalho doméstico; o outro pensamento diz que o trabalho remunerado causa conflito e sobrecarga de papéis pelas demandas simultâneas da atividade remunerada, do trabalho doméstico, do marido e dos filhos, levando à fadiga, ao estresse e a sintomas psíquicos¹⁷.

Os pacientes usuários dos serviços de THD possuíam uma baixa escolaridade no estudo descrito. Frequentemente, esta situação diminui as possibilidades de contratação, ou mesmo de progressão funcional dentro de uma empresa. Por outro lado, como a baixa escolaridade inviabiliza a contratação para atividades mais intelectualizadas, a grande maioria dos trabalhos destinados a esse grupo explora a força física. Considerando as limitações impostas pelo adoecer, a baixa escolaridade contribui para maiores taxas de desemprego ou subempregos e, neste caso, pode ter colaborado para que os mesmos tivessem uma qualidade de vida mais comprometida. Esses dados reafirmam os encontrados em outros estudos¹⁻¹⁸.

A maioria dos pacientes em THD tem idade entre 18 e 60 anos, segundo o Censo Brasileiro de Diálise⁵. Esses dados corroboram os achados desta pesquisa, na qual 75% dos pacientes entrevistados eram adultos com idade menor que 61 anos, ou seja, encontravam-se em uma faixa etária produtiva da vida. Não foi encontrado paciente idoso em atividade remunerada - entende-se por idoso aquele acima de 60 anos, de acordo com o estatuto do idoso¹⁹.

Pesquisa que comparou a qualidade de vida entre adultos e idosos submetidos à hemodiálise por meio do SF-36 evidenciou que os idosos tiveram piores escores, indicando que a idade influencia negativamente²⁰. Com o aumento da idade, há piores resultados, principalmente quando a qualidade de vida é relacionada aos aspectos físicos e ao maior impacto das enfermidades crônicas. A idade pode interferir, também, na aceitação e percepção da doença. Para algumas pessoas com idade avançada é percebido um controle emocional que facilita a adaptação ao tratamento, enquanto, para outros, significa um em-

pecilho surgido em suas vidas no momento em que realmente estavam prontos para viver²¹. Por essas controvérsias, considera-se fundamental a realização de estudos aprofundados para que sejam identificadas as reais necessidades desta população.

Os idosos que realizam THD enfrentam diversas modificações que refletem na vida emocional de maneira negativa, como sinônimo de martírio. O conviver diário com a doença e o tratamento envolve repetição de ações nem sempre bem sucedidas no cotidiano, com presença de sofrimento contínuo e aflição. Ao tentar uma readaptação, lidam com sentimentos de impotência devido à perda de seu papel produtivo perante a sociedade. Deixar de realizar suas atividades profissionais causa a estes pacientes frustrações, insatisfações e sentimentos de perda com relação à sua vida²¹.

De acordo com a literatura, os primeiros anos de hemodiálise são os mais difíceis para o paciente; isto se deve à mudança na rotina e ao desconhecimento do tratamento². Esses achados sugerem que há um período de adaptação no qual a qualidade de vida encontra-se reduzida, mas, com o passar dos primeiros anos, existe a possibilidade de melhora.

Comumente esses pacientes iniciam a THD em caráter de urgência, quando sua condição clínica em virtude da doença renal já está bastante comprometida²². Não havendo um contato prévio com especialistas, tampouco opção entre as terapias dialíticas, confecção de fístula, entre outros procedimentos, muitos pacientes, sem ter ao menos ciência da gravidade de sua doença, seguem com maior instabilidade clínica e número de internações no período inicial da terapia²³.

Os autores supracitados compararam a qualidade de vida dos pacientes antes e após o primeiro ano de THD. Pacientes com maior tempo em diálise apresentaram melhor pontuação em cinco dos oito domínios avaliados. Após seguimento de um ano, houve melhora das pontuações nos domínios Aspectos Emocionais e Componente Mental; essa melhora revela que o tempo é significativo e age positivamente no que tange aos aspectos psicológicos.

A conquista de uma boa qualidade de vida ao longo do tempo pode se dever à adaptação psicológica. Segundo a literatura, esse processo ocorre em portadores de doenças crônicas em geral; assim, os portadores de DRC utilizam estratégias racionais para o enfrentamento da doença e, finalmente, percebem a vida cotidiana mais estimulante².

A pesquisa revelou que a maioria dos pacientes contribui com as despesas da casa, o que reflete a limitação econômica da sociedade brasileira, na qual mesmo os aposentados/beneficiários deixam de comprar para si para comprar para a família. Comprometem, às vezes, seu tratamento, ficando impedidos de comprar remédios, alimentação adequada e transporte.

Os pacientes que referiram não contribuir com as despesas do lar também declararam não trabalhar. Nesse grupo foi encontrado baixo escore de qualidade de vida. Em frente a esses dados, reafirma-se que o fato de não trabalhar incomoda algumas pessoas e, conseqüentemente, repercute nos aspectos sociais. Provoca insatisfação e gera transtornos pessoais e familiares, pois o paciente se sente excluído da sociedade e se considera um "fardo" para as pessoas de seu convívio. Sentir-se útil, produtivo, pode ser considerado uma necessidade humana²⁰.

O trabalho compreende um significado maior do que o ato de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Este estudo confirmou a relevância do trabalho na vida dos pacientes. A qualidade de vida está associada ao trabalho e, mesmo percebendo que cada paciente reage de uma maneira própria, alguns domínios se destacaram. Confirmou-se que a THD limita a vida profissional e o fato de não trabalhar diminuiu a qualidade de vida, mesmo quando a renda familiar foi mantida.

CONCLUSÃO

A THD impõe limitações que implicam na qualidade de vida, que é prejudicada em todos os aspectos, principalmente quanto aos aspectos físicos e emocionais; deste modo, deve-se repensar a impor-

tância do trabalho para essas pessoas. Os profissionais de saúde precisam entender o trabalho não apenas como uma fonte de renda, mas uma fonte de prazer, diversão e socialização. À medida que o paciente mantém sua rotina, sua independência e sua função dentro da família, sente-se capaz e responsável, apesar de doente, por aquele núcleo. Contribuir com as despesas da casa dá satisfação, além de mostrar um exemplo de força e superação, mantendo e até melhorando a autoestima.

Assim, estas considerações impõem a necessidade de se pensar em novas estratégias de abordagem aos pacientes portadores de DRC em tratamento conservador. Uma assistência multiprofissional, direcionada ao condicionamento físico - já que esses pacientes não desenvolvem nenhuma atividade física acompanhada por um profissional de saúde -, além do apoio social e psicológico, podem amenizar as dificuldades encontradas pelo paciente e pela família. As limitações impostas pela hemodiálise obrigam esses pacientes a deixar seus empregos, levando, na maioria das vezes, a uma aposentadoria não esperada, não programada e, por outras vezes, não estimada.

COLABORADORES

Todos os autores participaram de todas as fases da pesquisa do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Kirchner R, Löbler LL, Machado R, Stumm E. Caracterização de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Rev Enferm UFPE*. 2011; 5(2): 199-204.
2. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):546-51.
3. Santos TBM, Frazão IS. Repercussões da terapia hemodialítica na atividade profissional dos pacientes renais crônicos em tratamento no hospital universitário - PE [monografia]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011.
4. Kidney Health Australia. Fast facts on CKD in Australia. 2011 [cited 2011 Sept 3]. Available from: <<http://www.kidney.org.au/KidneyDisease/FastFactsonCKD/tabid/589/Default.aspx>>.
5. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro. São Paulo: SBN; 2007 [acesso 2010 nov 13]. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf>>.
6. Rezende MAZ. Tentando compreender o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico a partir da fenomenologia existencial [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
7. Lara EA, Sarquis LMM. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. *Cogitare Enferm*. 2004; 9(2): 99-106.
8. Pereira L, Cavalcante Guedes M. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. *Cogitare Enferm*. 2009 [acesso 2011 set 23]; 14(4):689-95. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16384/10864>>.
9. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36 - item short-form health survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, de 09/10/96. Estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [acesso 2010 fev 1]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>.
11. Corrêa LB, Oliveira RN, Cunha LS. Efeito do treinamento muscular periférico na capacidade funcional e qualidade de vida nos pacientes em hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2009; 31(1):18-24.
12. Gianini, MMS. Câncer e gênero: enfrentamento da doença [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
13. Santos PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(5):356-9.
14. Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(2):74-9.
15. Aros MS, Yoshida EMP. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Bol Psicol*. 2009; 59(130):61-76.
16. Rabasquinho C, Pereira H. Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Anal Psicol*. 2007; 25(3):439-54.

17. Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(3):647-59.
18. Martins MRI, Cesarino CB. Atualização sobre programas de educação e reabilitação para pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2004; 26(45):50.
19. Brasil. Portaria nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004. Institui a política nacional de atenção ao portador de doença renal [acesso 2011 set 3]. *Diário Oficial da União*. 2004 jun 17. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>.
20. Cordeiro JABL, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr Enferm*. 2009 [acesso 2011 jul 18]; 11(4):785-93. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a03.htm>>.
21. Pilger C, Rampari EM, Waidman MAP, Carreira L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):677-83.
22. Torres GV, Santos SCLC, Leal LP, Mendonça AEO, Barreto AFG, Costa IKF, et al. Incidência de infecção em pacientes com cateter temporário para hemodiálise. *Rev Enferm UFPE*. 2010 [acesso 2010 maio 8]; 4(1):170-7. Disponível em: <http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/32164_4138.PDF>.
23. Silveira CB, Pantoja IKOR, Silva ARM, Azevedo RN, Sá NB, Turiel MGP, et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. *J Bras Nefrol*. 2010; 32(1):39-44.

Recebido em: 8/10/2012
Aprovado em: 16/1/2013