

#### IX.4 - NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO

Será desejável que nas várias componentes dos serviços de saúde e de serviços sociais de apoio a idosos existam em 2020 profissionais qualificados/especializados quer em quantidade quer em qualidade, tendo em conta as necessidades da população idosa e não numa análise de ajustamento entre a oferta de profissionais e a procura de profissionais.

Assim, constata-se pelas análises anteriores que não só se torna necessário reforçar determinadas profissões já existentes, como criar novos perfis profissionais assente:

- i) No agravamento de determinadas patologias características da população idosa, especialmente dos grandes idosos, que têm tendência a aumentar para 2020. Só entre 2000 e 2010, a população idosa de 80 e mais anos passou de 340 mil para 484 mil, isto é, registou um aumento de 42 %, devendo ainda salientar-se que a população dos grupos etários acima dos 70 anos também apresenta um crescimento significativo, de mais de 15 %;
- ii) No aumento da população institucionalizada;
- iii) Na dinâmica de crescimento dos serviços de apoio domiciliário.

Entre o grupo de profissionais que importa dotar convenientemente as estruturas de apoio à população idosa encontram-se, essencialmente:

- Médicos de medicina geral e familiar
- Médicos de medicina interna
- Médicos oftalmológicos
- Médicos especialistas em nefrologia, pneumologia, cardiologia, doenças oncológicas, doenças degenerativas e doenças do foro mental
- Enfermeiros
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionais
- Psicólogos
- Animadores sócio culturais
- Auxiliares de acção médica/acção directa
- Assistentes sociais
- Assistentes operacionais
- Técnicos de serviços sociais
- Gestores de caso.

Para o caso particular dos médicos apresenta-se um quadro com as duas hipóteses de projecção elaboradas no âmbito do trabalho publicado pela ACSS.

Figura 78 – Necessidade em algumas especialidades médicas vocacionadas para idosos, em 2020

	2008	2020 H1	2020 H2
<b>Cardiologia</b>	402	396	519
<b>Cirurgia Geral</b>	960	947	1 240
<b>Cirurgia Cardio Torácica</b>	73	72	94
<b>Medicina geral e familiar</b>	6 288	6 444	8 125
<b>Endocrinologia - Nutrição</b>	108	107	140
<b>Gastrenterologia</b>	236	233	305
<b>Medicina Física e Reabilitação</b>	234	231	302
<b>Medicina interna</b>	1 270	1 253	1 641
<b>Nefrologia</b>	154	152	199
<b>Neuro- Cirurgia</b>	123	121	159
<b>Neurologia</b>	242	239	313
<b>Oftalmologia</b>	420	414	543
<b>Oncologia Médica</b>	69	68	89
<b>Psiquiatria</b>	477	470	616
<b>Reumatologia</b>	60	59	78
<b>TOTAL</b>	13 124	11 206	14 363

Fonte: ACSS Relatório Final – Estudo das Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde  
Abril de 2009 : H1 – Cenário Baixo ; H2 Cenário Alto

Quanto aos novos perfis que se torna necessário criar apontam-se:

- Médicos com especialidade em geriatria
- Enfermeiros com especialidade em geriatria
- Podologistas geriátricos
- Ajudantes de saúde.

Outras profissões que necessitarão de alguma adaptação/reconversão serão:

- Ajudantes de lar
- Auxiliares de enfermagem
- Psicólogos
- Terapeutas da fala
- Terapeutas ocupacionais.

### **IX.5 - AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS**

A abordagem por competências é um mecanismo de ajustamento entre a oferta e a procura no mercado de emprego que introduz racionalidade à formação e vantagens organizativas às entidades empregadoras. Esta abordagem surge na sequência das grandes transformações que se deram ao nível mundial nos domínios tecnológicos, económicos e sociais com implicações na actividade laboral e no processo de formação no quadro da aprendizagem ao longo da vida.

Esta abordagem tem implícita uma espiral de complexidade crescente tanto no domínio das competências como no âmbito de contextualização das mesmas que se traduz numa progressiva aquisição de autonomia e responsabilização, de reflexão e capacidade crítica e de colaboração.

As competências básicas - seja na forma de conhecimentos, habilitações, atitudes, interesses, traços, valor ou qualquer outro aspecto pessoal - são aquelas características individuais essenciais para o desempenho da actividade e que diferencia enormemente o desempenho das pessoas.

O conceito de competências chave ganha relevância desde os trabalhos desenvolvidos para a UNESCO, com o relatório intitulado "*Educação: um tesouro a descobrir*", no qual se lê que a sua definição integra a aquisição e o desenvolvimento de competências de vida, que permitam às pessoas compreender e participar na sociedade do conhecimento mobilizando através delas o saber, o ser, e o saber resolver os problemas.

O conceito de competências chave ultrapassa assim o sentido tecnicista original, adquirindo uma orientação mais construtivista e integrada através da mobilização e combinação de conhecimentos, atitudes e procedimentos pessoais num contexto determinado. A definição de competências chave, segundo a UE, é de um conjunto articulado transferível e multifuncional de conhecimentos, capacidades e atitudes indispensáveis à realização e desenvolvimento individuais, à inclusão social e ao

emprego. Estas podem ser adquiridas através de percursos formais de educação como podem constituir-se como fundamentos para novas aprendizagens.

Ainda num quadro de desenvolvimento sustentável e de coesão social, os Ministros da educação da OCDE colocaram uma forte aposta nas competências chave de toda a população consideradas estas como um conjunto de conhecimentos, de saberes, de procedimentos e de valores.

### ***Competências básicas***

Nos sectores da saúde e serviços sociais todas as competências básicas são consideradas importantes. Para a saúde, salientam-se como mais relevantes o sentido de responsabilidade pessoal, cívica e ética bem como a situação da interculturalidade, enquanto nos serviços sociais se destacam também a motivação e disponibilidade para a aprendizagem contínua.

#### **Competências básicas**

Dominar a língua materna

Comunicação em língua estrangeira

Competências digitais Nomeadamente em IT

Domínio da matemática para Resolução de problemas concretos

Motivação e disponibilidade para aprendizagem contínua

Sentido de responsabilidade pessoal, cívica e ética

Sentido de iniciativa

Capacidade de trabalhar em ambiente multicultural

### ***Competências Chave***

Quanto às competências chave na área da saúde são todas igualmente consideradas importantes. No entanto, destacam-se a capacidade de análise e resolução de problemas, a capacidade de relacionamento e de trabalho em equipa e o saber comunicar. Igualmente no domínio da protecção social é também considerado mais relevante a capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas.

## Competências Chave

Criatividade e capacidade de inovação

Capacidade de análise e resolução de problemas complexos ou de situações de mudança e incerteza

Capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas

Capacidade de relacionamento e de trabalhar com os outros

Saber comunicar

Experiência de vida

### **Outras Competências**

Relativamente às outras competências na área da saúde, nomeadamente ao nível da enfermagem foram identificadas como competências a desenvolver a capacidade de gestão e planeamento, a polivalência, o alargamento de certas competências técnicas quer ao nível da tecnologia quer ao nível da informática. De notar de que no referente à área da protecção social salienta-se como mais relevantes a criatividade e a capacidade de investigação, o domínio das áreas científicas e técnicas apropriadas às funções desempenhadas e a selecção de parcerias estratégicas. Na área do conhecimento técnico será ainda importante o domínio dos assuntos de, carácter legislativo, a aquisição de “*e-skills*” e domínio de línguas estrangeiras.

<b>Competências por Inovação</b>	<b>Conhecimento científico e técnico</b>	<b>Conhecimento para o reforço das parcerias</b>
Detecção de oportunidades de inovação	Domínio das áreas científica e técnica apropriada às funções	Seleção de parcerias estratégicas
Criatividade e capacidade de Investigação e desenvolvimento de novos produtos e serviços	Capacidade de actualização permanente a novos conhecimentos e novas tecnologias	Gestão e dinamização de redes de cooperação
Aposta na inovação organizacional e na produção e transferência de Conhecimentos	Ter conhecimentos de outras áreas relacionadas	

Tendo presente o referido em termos de necessidades em competências futuras bem como a oferta formativa existente, referenciada no capítulo VI, torna-se evidente que há necessidades de formação a todos os níveis que convém desenvolver no quadro das varias estruturas existentes para o efeito.

Apresentam-se em anexo (Anexos 11 e 12) dois exemplos de perfis profissionais, um de nível 2, Agente em Geriatria, e outro de nível 4, Técnico Auxiliar de Saúde, com base na abordagem por competências. Estes perfis estão integrados no Catálogo Nacional de Qualificações (CNQ), onde se identifica a descrição geral do perfil, as actividades respectivas e as competências em saber, saber fazer e saber ser, sendo salientar que nenhum destes perfis não se encontram actualmente nas estruturas de pessoal, quer na área da saúde, quer na área de protecção social.

Junta-se ainda, em anexo (Anexo 13), o perfil profissional de Ajudante de Saúde, considerada uma categoria profissional em falta, que não se encontra inserido no CNQ, mas faz parte dos cursos ministrados pelas estruturas do IEFP.

Faz-se notar que o trabalho sobre a elaboração de novos perfis profissionais em falta bem como a adaptação de conteúdos de determinadas categorias profissionais existentes pressupõe um trabalho de peritos especializados (metodólogos) na matéria e cujo objectivo não se enquadra no presente trabalho.

## **X. Conclusões e Recomendações**

Da informação quantitativa e qualitativa recolhida, das análises elaboradas e da recolha de opiniões de peritos e responsáveis pelas duas áreas levadas a cabo no âmbito deste estudo foi possível detectar aspectos importantes bem como alguns estrangulamentos que se procurou seguidamente apresentar sob a forma de conclusões e recomendações.

### **X.1 - CONCLUSÕES**

#### *Estratégia de envelhecimento activo e reforço de estruturas*

Desenvolvimento de abordagens de envelhecimento activo, no sentido mais amplo e não só do aumento da idade da reforma, é fundamental com vista a minorar as doenças mais frequentes dos idosos.

Programas que permitam a manutenção dos idosos nos seus domicílios e na comunidade bem como a informação e sensibilização junto dos cidadãos sobre o envelhecimento traduzir-se-ão numa maior capacitação da população sobre a problemática dos idosos e, conseqüentemente, num factor de racionalização da utilização das infra-estruturas de saúde e de serviços sociais.

A abordagem mais integrada e pluridisciplinar junto dos idosos implica a preparação de profissionais e também da população visada para que se ultrapasse o “*saco de medicamentos*” e se passe a ter um plano, em que cada profissional desempenhe uma determinada função – a componente holística da saúde é importante, assim como o reforço da confiança entre o idoso e o profissional – pelo que implica desenvolver acções de formação para consciencializar sobre a temática dos idosos (necessidade de criar cursos em estruturas de formação, nomeadamente escolas e universidades que possam preparar para o novo paradigma do envelhecimento activo).

Para 2020, o grande objectivo é aumentar a assistência domiciliária, formando pessoal e membros das famílias para esse efeito, devendo a RNCCI ter como funções

essenciais a convalescença e a reabilitação, uma vez que não existem serviços suficientes para o acompanhamento e reabilitação dos utentes por parte dos hospitais na medida em que estes se ocupam em demasia com situações agudas.

A importância dos cuidadores informais foi salientada por todos os profissionais no que diz respeito ao seu envolvimento na prestação de cuidados a uma pessoa idosa.

Refere-se ainda que o conceito e o perfil de “*cuidador*” ainda não se encontram bem definidos em Portugal, embora as suas funções sejam praticadas fundamentalmente no âmbito das redes informais. Esta questão deve merecer a atenção das entidades mais directamente envolvidas nesta problemática, com vista a chegar-se a um consenso quer quanto à designação quer quanto ao conteúdo do seu perfil.

Existe alguma dificuldade em apontar soluções óptimas nesta matéria na medida em que normalmente cada uma apresenta vantagens e inconvenientes. Assim, a opção em que os cuidados com a população idosa permaneçam muito sustentados na família pode apresentar consequências negativas que podem recair *i)* na saúde e bem-estar dos cuidadores, particularmente mulheres que normalmente suportam a maior parte destas tarefas em detrimento de uma carreira profissional e *ii)* nas pessoas idosas que sentem perda de autonomia.

#### *Necessidades totais de Recursos Humanos em 2020*

Tendo por base as projecções demográficas, que apontam para um crescimento significativo da população idosa, estabeleceram-se dois cenários de evolução para 2020, cenário baixo correspondente a uma manutenção da situação registada em 2009 e um cenário alto correspondente a uma tendência de harmonização com os 15 EM da UE nos serviços de saúde, enquanto as projecções para os serviços de apoio social neste cenário tiveram por base a tendência verificada nos últimos 11 anos.

Em qualquer dos cenários observa-se um crescimento do emprego entre 2009 e 2020, sendo de 6,2 %, cerca de 900 novos postos de trabalho por ano, no cenário baixo e de 53,2 %, aproximadamente 7 900 postos de trabalho a criar por ano para o cenário alto.

### *Necessidades de reforço de pessoal*

As doenças mais salientes para 2020 continuarão a ser as mesmas da actualidade com agravamento das demências, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares e doenças do envelhecimento. Dai a necessidade do reforço da prevenção e consequentemente dos profissionais ligados às patologias referenciadas, nomeadamente, médicos de medicina geral e familiar, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e profissionais para doenças do foro mental.

Até 2020, todas as doenças próprias de idosos necessitarão de muitos técnicos de saúde mas devem salientar-se as doenças degenerativas e as oncológicas. Apontam-se ainda as especialidades de pneumologia, cardiologia, para além das já indicadas.

Também no domínio da protecção social para o horizonte de 2020 é enorme a necessidade de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, animadores culturais, auxiliares de acção médica e de assistentes operacionais. A necessidade em psicólogos deverá também atingir um valor significativo prevendo-se também um grande crescimento dos técnicos de serviços sociais.

### *Necessidades de novas especialidades e necessidades de reconversão*

As necessidades em novas especialidades recaem sobretudo em médicos especialistas em geriatria, na especialidade de enfermagem para idosos que qualquer das duas não existe actualmente. Convém ainda lançar a categoria profissional de ajudante de saúde.

O pessoal técnico que apresenta uma maior necessidade de ajustamento à realidade são os psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas em geral.

A reconversão de outras categorias é fundamental, nomeadamente os ajudantes de lar em auxiliares de enfermagem.

A tendência para os próximos 10 anos é no sentido de garantir que os idosos estejam, cada vez mais tempo, em casa o que exigirá um reforço muito grande das equipas de apoio domiciliário tanto para os cuidados sociais como para os de saúde.

### *Necessidades em competências*

Em termos de competências básicas foram salientadas como mais importantes as relativas à motivação, disponibilidade para aprendizagem contínua, sentido de responsabilidade pessoal, cívica e ética.

No que se refere às competências chave salienta-se a capacidade de relacionamento e de trabalhar com os outros, o saber comunicar e a capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas.

Em termos de outras competências, salienta-se a criatividade e capacidade de investigação e o domínio das áreas científicas e técnicas apropriadas às funções desempenhadas e a selecção de parcerias estratégicas.

Referem-se ainda como competências a desenvolver por determinadas categorias profissionais as seguintes:

- Os técnicos da área social apontam a actual tendência para o aprofundamento de conhecimentos na área da relação e comunicação com os familiares, como competências emergentes. Apontaram ainda o desenvolvimento das competências sociais, a par de conhecimentos técnicos, nomeadamente ao nível legislativo, a aquisição de *e-skills* e a aprendizagem de línguas estrangeiras como áreas a fomentar.
- Ao nível da enfermagem, são apontadas como competências a desenvolver a capacidade de gestão e planeamento, a polivalência, o empreendedorismo, as competências sociais (capacidade de comunicação, trabalho em equipa, trabalho em rede e parceria e interculturalidade) e o alargamento de certas competências técnicas quer ao nível da tecnologia e informática.
- A classe médica aponta as competências sociais (trabalho em equipa, e capacidade de comunicação) como capacidades a melhorar.

### Coordenação e articulação

A necessidade de mecanismo para canalizar e centralizar a problemática do envelhecimento de forma transversal, implicará a interligação entre os serviços de

apoio e protecção social e os serviços de saúde bem como uma coordenação que ultrapasse as áreas da saúde e da protecção social.

A necessidade de uma grande interligação ou mesmo integração entre os serviços de saúde e os de protecção social bem como a necessidade de actuar mais na prevenção, tem em vista evitar grande afluência aos hospitais e alterar os respectivos sistemas de gestão.

### *Formação*

Falta de formação inicial aos diferentes níveis bem como formação contínua nas áreas relacionadas com a população idosa.

Importa ainda desenvolver formação ao nível da comunicação interpessoal, imprescindível no contacto e humanização do atendimento aos doentes e familiares e, igualmente, ao nível do trabalho em equipa, nomeadamente na discussão e análise de casos clínicos e sociais.

Salienta-se ainda a necessidade de aquisição de conhecimentos ao nível legislativo e informático e de aprendizagem de idiomas estrangeiros, atendendo à crescente multiculturalidade dos utentes.

A necessidade de formação/informação a leigos, nomeadamente aos cuidadores informais, é também essencial.

## **X.2 - RECOMENDAÇÕES**

Os desafios do envelhecimento da população necessitam de acções políticas que promovam a saúde da população idosa no sentido de melhorar o seu bem-estar mas também de aliviar a pressão potencial dos custos relacionados com os cuidados de saúde e serviços sociais. Para isto deve-se ter em conta:

- ***Desenvolvimento da estratégia de envelhecimento activo e implementação de respectivas políticas*** como contributo essencial para o envolvimento da população idosa na vida das sociedades permitem ajudar quer a

sustentabilidade dos sistemas de saúde e de pensões quer o envelhecimento saudável.

- **Aumento da participação da população mais idosa no mercado de trabalho** com reflexos positivos ao nível do indivíduo mantendo a sua integração na sociedade e a sua auto-estima.
- **Desenvolvimento de medidas de política que procurem adequar os postos de trabalho às características da população mais idosa** bem como criar oportunidades de emprego que possam alternar com pensões parciais.
- **Melhor coordenação dos cuidados:** o envelhecimento trás várias doenças crónicas e a sua resposta encontra-se repartida por diferentes serviços – importa, portanto, que se fortaleça cada vez mais a coordenação entre serviços de saúde e os serviços sociais (existe mais interesse actualmente na detecção precoce da demência e na aplicação dos respectivos programas para o seu apoio) de modo a que a pessoa afectada permaneça o mais tempo possível na comunidade.
- **Melhor gestão das admissões hospitalares:** a deterioração funcional das pessoas idosas por vezes surge de uma forma abrupta o que leva a hospitalização; daí que as propostas de institucionalização partam sobretudo dos hospitais – se existirem serviços de reabilitação e equipas geriátricas especializadas poderá ser reduzido o número de dias de internamento e mesmo de número de lugares em lares; melhor coordenação e reforço nos serviços de prevenção são também importantes para reduzir as admissões de urgência; a redução de tempo de internamento pode ser reduzido pela acção de serviços sociais (lares ou própria casa desde que apoiados por serviços de saúde e serviços sociais);
- **Reforço da prevenção e da manutenção de estilos de vida saudáveis** através da manutenção da actividade física ou de uma alimentação saudável: evitar fumar bem como bebidas alcoólicas e quedas; uma dieta alimentar saudável acompanhada de exercício físico regular ajudará a garantir à população idosa uma melhor qualidade de vida.
- **Maior interligação de apoio de serviços formais e informais:**
  - ✓ - **Maioria apoiada por serviços na base da família** permitindo que as pessoas idosas possam permanecer nas suas casas;

- ✓ - **Serviços de apoio prestados por familiares com condições para manter as pessoas idosas** sem afectar a qualidade de vida de ambos com recurso a alguns apoios formais;
- ✓ - **Serviços apropriados para pessoas idosas**, com enfoque especial nos serviços de apoio domiciliário e nos lares;
- ✓ - **Serviços de cuidados continuados para idosos** com reforço das Unidades de Convalescença e Unidades de Cuidados Paliativos.

## **Metodologia**

O presente relatório integra um estudo sobre “Novos Empregos e Competências nos Domínios da Saúde e Serviços Sociais em Contexto de Envelhecimento Demográfico” que adoptou a metodologia que a seguir se apresenta.

### ***I. Aspectos Gerais da Metodologia***

A primeira consistiu em uma revisão da literatura sobre o tema disponível nas principais bases de dados nacionais e internacionais; no que respeita a literatura internacional utilizou-se fundamentalmente as informações recolhidas e analisadas a partir das fontes da UE (EUROSTAT, CE), OCDE, OMS, OIT; relativamente às fontes nacionais as principais fontes consultadas foram o Ministério da Saúde (DGS, GEP, ACSS, RNCCI), Ministério do Trabalho e Segurança Social (GEP, ISS, IGFSE, OEFP), INE, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, União das Misericórdias. As informações recolhidas, consultadas e analisadas a partir das fontes mencionadas foram essencialmente no domínio demográfico, situação dos cuidados médicos e serviços sociais referentes essencialmente à população idosa.

Como principais constrangimentos nesta fase do trabalho apontam-se a falta de dados estatísticos e incoerência de fontes de informação nos domínios em causa.

Tendo em conta alguns destes constrangimentos foi desenvolvida uma abordagem *bottom up* em que se procurou recolher no terreno vários conhecimentos e sensibilidades que nos permitissem avançar numa óptica mais qualitativa das situações existentes e futuras; assim, a segunda fase foi mais relacionada com trabalho de campo, tendo sido iniciada com um grupo de reflexão, composto por peritos nas várias áreas, para se afinar as questões mais pertinentes a introduzir, assim como as principais entidades a contactar. Estas observações compreenderam, assim, a realização de entrevistas semi-estruturadas (com base em guiões previamente elaborados) a responsáveis quer da área da saúde quer dos serviços sociais bem como a peritos em ambas as áreas, no âmbito de técnicas de estudos de caso que tinham como objectivo principal obter informações qualitativas sobretudo numa óptica de antecipação das necessidades de qualificações/competências.

Igualmente procedeu-se a um estudo particular de boa prática centrada numa unidade de saúde, dedicada a uma área sensível para a população idosa, procurando obter as

diferentes perspectivas dos principais actores intervenientes, para além dos profissionais e dos pacientes, conhecer também a opinião dos familiares dos doentes.

A terceira fase relativa à aplicação de métodos de cenários teve em vista contribuir **i)** para a criação de uma estratégia de antecipação de conhecimento das necessidades da população idosa em termos de cuidados de saúde e de serviços sociais, no sentido de melhor equacionar a problemática em análise, a médio prazo, e procurando contextualizá-la no quadro internacional com o objectivo de nos aproximarmos de níveis de satisfação mais elevados; **ii)** para perspectivar, tendo em conta a evolução da população idosa (65 e mais anos), a evolução do emprego dos profissionais, quer em termos quantitativos quer qualitativos, qualificações e competências, no horizonte de 2020, tendo por base, para além dos dados demográficos, as necessidades dessa população.

Não há neste trabalho a utilização de um modelo de comparação entre procura e oferta e detecção de desvios.

As conclusões e recomendações constituíram a quarta fase de trabalho, através das quais se procura **i)** contribuir para uma melhor definição de políticas na área da saúde e protecção social, visando o bem-estar da população idosa, no quadro de uma estratégia nacional de envelhecimento activo; **ii)** evidenciar as potencialidades dos dois subsectores, saúde e protecção social, em termos de empregos no futuro bem como as competências necessárias.

A última fase de trabalhos foi composta pela disseminação dos resultados do estudo através de **i)** uma página Web; associada ao site da SERGA; **ii)** um seminário final envolvendo representantes de organismos públicos ligados às áreas do estudo bem como de IPSS e Misericórdias e **iii)** uma publicação.

## **II. Projeções de Necessidades em Recursos Humanos, 2020**

A – Necessidades em Recursos Humanos na Saúde:

As projeções para 2020 tiveram como ponto de partida o último ano de informação disponível, sendo para alguns casos 2008 ou 2009 e para outros 2010. Sempre que o ano de informação disponível não era 2010 efectuou-se um ajustamento para 2010.

A população considerada foi a do Continente, sendo para a população total a do Censo 2011.

Por outro lado, a população idosa considerada por grupos etários de 65 e mais anos foi a divulgada pelo INE, trabalhando-se para 2020 com o cenário baixo.

As projeções efectuadas para o pessoal de saúde tiveram em linha de conta:

- Projeções realizadas no âmbito do estudo do Ministério da Saúde intitulado “*Estudo das Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde médicos*” – ACSS, Abril de 2009
- O Relatório 2010 da Rede Nacional de Cuidados Continuados
- Dados demográficos do INE

Consideraram-se dois cenários para a projecção das necessidades de médicos em 2020 de acordo com o documento da ACSS: cenário de manutenção (Hipótese Baixa – H1) e cenário de convergência para a UE a 15 (Hipótese Alta – H2).

Para estes cenários foram consideradas as seguintes categorias profissionais: enfermeiro, técnicos superiores, técnicos de diagnóstico e terapeutas.

Com vista à projecção para 2020, foi ajustada para 2010 a relação entre médico e cada uma das outras categorias profissionais, mantendo-se constante essa relação até 2020 (H1) e admitindo-se um crescimento de acordo com a tendência observada nos 10 últimos anos (H2). Obteve-se, assim, o total de recursos humanos necessários no SNS, não incluindo a Rede Nacional de Cuidados Continuados, conforme se apresenta no quadro seguinte:

	<b>2009</b>	<b>H1-2020</b>	<b>H2 -2020</b>
Total de população (milhares)	10 041	10 200	10 200
Medico/enfermeiro	0,58	0,6	0,6
Medico/ técnico superior de saúde	6,2	6	3
Médico/ técnico diagnóstico e terapeuta	2,97	2,5	3,5
Médicos por 100 000 habitantes no SNS	232,1	232	338
Médicos por 100 000 habitantes	387,4	387	387,4
Total de médicos	38,9	39 474	39 474
Total de médicos para o SNS	24,6	23 664	34 476
Total de enfermeiros	39 833	39 440	57 460
Total de técnicos superiores	3 926	3 944	2 652
Total de técnicos de diagnóstico e terapeuta	7 834	9 466	9 850
Total de profissionais saúde (milhares)	76,1	76,5	104,4

Para as especialidades mais directamente ligadas com os idosos, e de acordo com o estudo já referido são as seguintes as necessidades de médicos especialistas para cada um dos cenários:

	<b>2008</b>	<b>2020 - H1</b>	<b>2020 H2</b>
Cardiologia	402	396	519
Cirurgia Geral	960	947	1 240
Cirurgia Cardio Torácica	73	72	94
Medicina geral e familiar	6 288	6 444	8 125
Endocrinologia - Nutrição	108	107	140
Gastroenterologia	236	233	305
Medicina Física e Reabilitação	234	231	302
Medicina interna	1 270	1 253	1 641
Nefrologia	154	152	199
Neuro- Cirurgia	123	121	159

Neurologia	242	239	313
Oftalmologia	420	414	543
Oncologia Médica	69	68	89
Psiquiatria	477	470	616
Reumatologia	60	59	78
Saúde pública	418	400	540
TOTAL	13 542	11 606	14 903

Em relação à **RNCCI** consideraram-se igualmente duas hipóteses admitindo-se que a percentagem de médicos do SNS na RNCCI se mantinha constante dentro de cada uma das hipóteses. Por outro lado, também se manteve constante o peso dos médicos do SNS no total da RNCCI. Finalmente considerou-se igualmente constante para 2020 a relação entre categorias profissionais e médicos existente em 2010, Obtiveram-se os seguintes valores:

### **HIPÓTESE 1**

	<b>Total 2010</b>	<b>Estrutura 2010</b>	<b>Rácio Cat/med</b>	<b>Total SNS 2010</b>	<b>Total SNS 2020</b>	<b>Total 2020</b>	<b>Total não SNS</b>
Médicos	588	7,6		189	300	934	634
Enfermeiros	2240	29,2	3,8	718	1140	3557	2417
Fisioterapeutas	392	5,1	0,7	132	210	623	413
Terapeuta Ocupacional	110	1,4	0,2	38	60	174	114
Terapeuta da fala	167	2,2	0,3	57	90	264	174
Assistente social	225	2,9	0,4	76	120	355	235
Psicólogo	179	2,3	0,3	56	90	288	198
Animador socio- cultural	136	1,8	0,2	38	60	215	155
Auxiliar de acção médica	2575	33,5	4,4	831	1320	4090	2770

outro perfil	1069	13,9	1,8	340	540	1698	1158
Total	7681	100		2475	3930	12198	8268

## **HIPÓTESE 2**

	<b>Total 2010</b>	<b>Estrutura 2010</b>	<b>Racio Cat/med</b>	<b>Total SNS 2010</b>	<b>Total SNS 2020</b>	<b>Total 2020</b>	<b>Total não SNS</b>
Médicos	588	7,6		189	437	1361	924
Enfermeiros	2240	29,2	3,8	718	1679	5229	3550
Fisioterapeutas	392	5,1	0,7	132	295	920	625
Terapeuta Ocupacional	110	1,4	0,2	38	82	250	168
Terapeuta da fala	167	2,2	0,3	57	127	400	273
Assistente social	225	2,9	0,4	76	168	520	352
Psicólogo	179	2,3	0,3	56	133	415	282
Animador socio- cultural	136	1,8	0,2	38	104	324	220
Auxiliar de acção médica	2575	33,5	4,4	831	1927	6000	4073
outro perfil	1069	13,9	1,8	340	799	2489	1690
Total	7681	100		2475	5751	17908	12157

### **B – Necessidades em Recursos Humanos na Protecção Social**

A projecção de recursos humanos necessários para 2020 foi efectuada com base na Carta Social, projecções demográficas do INE para 2020 e Estatísticas da União das Misericórdias.

As projecções foram efectuadas para cada uma das modalidades de apoio social, nomeadamente lares, apoio domiciliário e centros de dia, construindo-se 2 cenários, com base em duas hipóteses de taxas de cobertura: uma baixa (H1) sendo a hipótese baixa uma hipótese de manutenção da taxa de cobertura de 2010 e outra hipótese alta tendo em atenção o prolongamento da tendência do aumento da taxa de cobertura verificada nos últimos 10 anos (H2).

Por outro lado foram consideradas em todas as hipóteses as relações e o número de funcionários existentes em cada uma das modalidades de acordo com os regulamentos em vigor com os valores constantes dos quadros que a seguir se apresentam:

### **RECURSOS HUMANOS – LARES**

	<b>2009</b>	<b>H1- 2020</b>	<b>H2-2020</b>
População de 75 e mais anos	903,3	1057,6	1057,6
Utentes potenciais	68726	80377	126912
Numero de lares taxa de cobertura	1773	2009	2538
Utentes por lar	38,8	40,0	45,0
Emprego	<b>37233</b>	<b>42189</b>	<b>53298</b>
Considera-se que em cada lar existem 21 funcionários A Taxa de cobertura H1-7,6% Taxa de cobertura H2- 12%			

### **RECURSOS HUMANOS – APOIO DOMICILIÁRIO**

	<b>2009</b>	<b>H1 - 2020</b>	<b>H2 - 2020</b>
População de 65 e mais anos	1912,2	2209,4	2209,4
População activa de 65 e + anos *	316,6	397,6	397,6

População em lares (-)	68,7	80,4	126,9	
População em centros de dia (-)	61,6	102,8	113,2	
Utentes potenciais	1465,3	1628,6	1571,7	
Utentes apoio domiciliário	87322	97716	188,6	
Numero de unidades	2415	2442	4715	
Média utentes por unidade	36,2	40	40	
Emprego	<b>30187</b>	<b>30525</b>	<b>58937</b>	
*a taxa de actividade passará em 2020 para 18%				
O emprego é calculado dividindo o total por 40 que dá o numero de grupos e multiplicando por 12,5      A taxa de cobertura H1 – 6,0%      A taxa de cobertura H2- 12,0%				

### **RECURSOS HUMANOS – CENTROS DE DIA**

	<b>2009</b>	<b>2020 –H1</b>	<b>2020 – H2</b>	
População de 65-74 anos	1008,9	1151,8	1151,8	
População activa de 65 e + anos *	316,6	397,6	397,6	
Utentes potenciais	692,3	754,2	754,2	
Utentes centros de dia	61,6	102,8	113,2	
Número de unidades	1937	2056	2264	
Média utentes por unidade	31,8	50,0	50,0	
Emprego	<b>11522</b>	<b>12336</b>	<b>13584</b>	
*a taxa de actividade passará em 2020 para 18%				
O emprego é calculado dividindo o total por 60 que dá o numero de grupos e multiplicando por 6      A taxa de cobertura H1 – 13,6%      A taxa de cobertura H2 – 15,0%				

**RECURSOS HUMANOS – RESIDÊNCIAS**

	2009	2020 –H1	2020 – H2
Taxa de cobertura	0,8	0,8	2,0
População de 65-74 anos	1008,9	1151,8	1151,8
População activa de 65 e + anos *	316,6	397,6	397,6
Utentes potenciais	692,3	754,2	754,2
Utentes residências	4534	6033	15084
Numero de unidades	197	201	503
Média utentes por unidade	23,0	30,0	30,0
Emprego	<b>2364</b>	<b>3016</b>	<b>7545</b>
A taxa de actividade passará em 2020 para 18%			
A taxa de cobertura H1 - =0,8%      A taxa de cobertura H2 2,0%			

**TOTAL DE RECURSOS PARA A PROTECÇÃO SOCIAL EM 2020**

	2009	2020- H1	2020- H2
Lares	37233	42189	53298
Apoio Domiciliário	30187	30525	58937
Centro de Dia	11522	12236	13584
Residências	2364	3016	7545
<b>TOTAL</b>	<b>81306</b>	<b>84966</b>	<b>133364</b>

## **Bibliografia**

Acordo de Cooperação Direcção-Geral da Saúde/Câmara Municipal de Lisboa, Projecto Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Lisboa, 4 de Novembro de 2008.

American Association of Homes & Services for the Aging and the Institute for the Future of Aging Services - The Long-Term Care Workforce: Can the Crisis be Fixed? Problems, Causes and Options, 2007.

CEDRU (2008) Estudo de avaliação das necessidades dos seniores

Comissão Europeia, Projecto MATES - Mainstreaming Solidariedade Intergeracional, co-financiado pelo Programa Aprendizagem ao Longo da Vida da CE como um Projecto Grundtvig, Projecto Nº: 141744-LLP-1-2008-1-PT-GRUNDTVIG-GAM, Medidas de Acompanhamento 2008/09.

Conselho de Ministros de 10 de Setembro – criação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, 2009.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Despacho Ministerial, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Ministério da Saúde, 8 de Janeiro de 2004.

Direcção-Geral da Saúde, Despacho Ministerial de 8 de Junho de 2004; Circular Normativa nº: 13/DGCG: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 02/07/04.

Directorate General Education and Culture (2010) VOLUNTEERING IN THE EUROPEAN UNION; Educational, Audiovisual & Culture Executive Agency (EAC-EA)

Esping-Andersen, Gøsta (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, Oxford University Press

Esping-Andersen, Gøsta (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, Oxford University Press

EUROSTAT (2010), Population and Social Conditions Statistics

EUROSTAT, *Europop2008 – population projections* (via <http://ec.europa.eu/eurostat>)

EUROSTAT, *SILC – Statistics on Income and Living Conditions 2009* (via <http://ec.europa.eu/eurostat>)

EUROSTAT, *Total Population by country* (via <http://ec.europa.eu/eurostat>)

George, Francisco - Envelhecimento Activo - nota introdutória, Saúde no Ciclo de Vida, [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

GEP, *Relatório de Conjuntura*, 2.º trimestre 2011 (via [www.gep.mtss.gov.pt](http://www.gep.mtss.gov.pt))

GEP, *Relatórios da Carta Social* (via [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt))

Hessel, Roger (2008), “Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades”

<http://www.skillsforhealth.org.uk> - Developing a better skilled, more productive workforce.

Hurley, John; Storrie, Donald; Jungblut, Jean-Marie “Shifts in the job structure in Europe during the Great Recession”

IGFSS, *Relatórios da Conta da Segurança Social* (via [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt))

INE, Estatísticas Demográficas, vários anos. Pordata

INE, *Estimativas da População Residente* (via [www.ine.pt](http://www.ine.pt))

INE, *Inquérito ao Emprego* (via [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt))

INE, *Taxa de risco de pobreza (Após transferências sociais - %) por Sexo e Grupo etário; Anual* (via [www.ine.pt](http://www.ine.pt))

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. ADELIA – acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada. Relatório 2005.

Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro, Rede de Cuidados Continuados de Saúde.

Leite, Sofia (2005) *Projeções de Famílias para Portugal: que viabilidade?*, INE, Revista de Estudos Demográficos n.º 37. (via [www.ine.pt](http://www.ine.pt))

Lima-Costa, Maria Fernanda; Renato Veras, (2003), Saúde Pública e Envelhecimento, in Cad. Saúde Pública, vol.19, n.º 3, Editorial, Rio de Janeiro, Junho.

Lopes, Alexandra (2008) “Rendimento e Privação entre os Idosos Portugueses”, Universidade Nova de Lisboa

Martins, Rosa Maria Lopes (2000), Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente, [www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm).

Meireles, Ana Catarina (2008), Artigo elaborado no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Idoso

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Saúde Oral das Pessoas Idosas, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Um Envelhecimento Activo, Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Alto Comissariado da Saúde.

Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Alto Comissariado da Saúde.

Nações Unidas, World Population Ageing

OCDE, (2007), “Modernising Social Policy for the New Life Course”, Paris,

OEFP (2008), Estudo sobre o voluntariado.

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) - Ageing and Public Health Service – Human Resorce Chalenges, 2007.

Organização Mundial da Saúde - Global age-friendly cities: a guide, 2007, trad. Fundação Calouste Gulbenkian 2009. Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas

Petersen PE, Yamamoto T. (2005) - Improving the oral health of older people - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol; 33: 81-92.

Pinto, Teresa Almeida, Alan Hatton-Yeo, Iris Marreel et al., Guia de Ideias para Planear e Implementar Projectos Intergeracionais - juntos: ontem, hoje e amanhã,

Prokopyshyn, Ana e Fernanda Santos, ed. Associação Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo, Portugal (Tradução para o Português)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010, de 14 de Maio – cria a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM).

Ribeiro Mendes, Fernando (2011), *Segurança Social: o futuro hipotecado*, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rodrigues, Carlos Farinha (2009) *Efficacy of Anti-poverty and Welfare Programs in Portugal: the Joint Impact of the CSI and RSI*, Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG), Departamento de Economia, Working Paper 42/2009

SOUSA, Liliana, FIGUEIREDO, Daniela, CERQUEIRA, Margarida (2004), *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*, Coleção A Idade do Saber, Editora Ambar, Porto, pág. 23.

The Danish Council for Strategic Research (2006) *The Ageing Society 2030 Report* by the Steering Group for the strategic foresight on the ageing society 2030;

Think Future, Volunteer Together Dez 2009 CE

WHO - Active Ageing - a policy framework, Geneva 2002.

World Health Organization (2007), *Global Age-friendly Cities : a guide*.

World Health Organization (2008), *Age-friendly PHC centres toolkit*, version for the web.

## **Anexos**

# ANEXO 1

Q6.6 PERCENTAGEM DE VOLUNTÁRIOS POR GRUPO ETÁRIO SEGUNDO O TIPO DE INSTITUIÇÃO

Portugal	Voluntários Órgãos Sociais				Voluntários Regulares				Voluntários Órgãos Sociais + Voluntários Regulares				Voluntários Ocasionais				Voluntários Total			
	Até 24 anos	25 a 54 anos	65 e mais anos	Total	Até 24 anos	25 a 54 anos	65 e mais anos	Total	Até 24 anos	25 a 54 anos	65 e mais anos	Total	Até 24 anos	25 a 54 anos	65 e mais anos	Total	Até 24 anos	25 a 54 anos	65 e mais anos	Total
ADB	7,1	83,8	9,1	100,0	16,1	68,8	15,2	100,0	12,1	75,4	12,5	100,0	16,7	70,0	4,3	100,0	13,9	76,8	9,4	100,0
APPACDM	-	89,4	10,8	100,0	-	-	-	-	-	86,1	12,2	100,0	84,0	42,9	-	100,0	21,0	70,1	8,9	100,0
CERCIS	-	87,6	11,6	100,0	-	-	-	-	2,7	87,8	9,5	100,0	21,4	76,8	-	100,0	11,2	82,8	6,0	100,0
CN Escolas	-	100,0	-	100,0	50,0	50,0	-	100,0	15,0	85,0	-	100,0	58,1	41,9	-	100,0	18,0	84,0	-	100,0
ONDD	3,7	86,9	9,4	100,0	0,8	80,1	9,3	100,0	0,8	89,9	9,3	100,0	30,3	69,8	1,2	100,0	3,8	87,5	8,7	100,0
ADL	4,4	85,6	-	100,0	32,4	56,3	11,3	100,0	16,1	70,2	4,7	100,0	38,9	42,6	18,5	100,0	21,0	71,3	7,7	100,0
Fundações	-	85,9	33,3	100,0	83,8	28,7	7,5	100,0	43,6	40,7	15,6	100,0	8,3	91,0	-	100,0	35,6	52,1	12,3	100,0
Mutualidades	-	72,7	28,5	100,0	-	100,0	-	100,0	-	74,6	24,8	100,0	-	-	-	-	-	74,6	24,8	99,3
CCORD	9,2	83,9	6,6	100,0	49,4	45,9	4,7	100,0	28,3	85,9	5,8	100,0	24,2	70,4	5,3	100,0	27,3	67,0	5,7	100,0
Bombas	1,6	85,0	13,5	100,0	32,0	66,8	1,4	100,0	27,3	89,5	3,2	100,0	24,3	72,6	3,1	100,0	27,2	69,6	3,2	100,0
Municípios	-	88,1	31,8	99,9	11,7	54,7	33,6	100,0	3,1	64,6	32,3	100,0	18,0	61,5	20,5	100,0	4,9	64,3	30,9	100,0
IPSS	1,7	84,2	34,1	100,0	17,2	63,0	19,8	100,0	8,1	83,7	28,2	100,0	19,1	68,8	24,1	100,0	13,9	60,1	26,0	100,0
Centros Sociais Paroquiais	3,4	84,9	31,8	100,0	15,8	62,7	31,7	100,0	8,5	69,6	31,7	100,0	20,7	30,3	49,0	100,0	11,7	62,2	36,2	100,0
IPJ	30,1	65,3	1,6	100,0	68,4	30,3	1,3	100,0	48,6	49,9	1,5	100,0	68,9	8,9	2,3	100,0	77,2	20,7	2,0	100,0
Cooperativas Credenciadas	-	92,0	8,0	100,0	-	100,0	-	100,0	-	92,8	7,4	100,0	-	-	-	-	-	92,8	7,4	100,0
Cooperativas não Credenciadas	-	89,9	10,1	100,0	-	100,0	-	100,0	-	90,3	9,7	100,0	-	-	-	-	-	90,3	9,7	100,0
Cáritas	-	60,2	29,3	100,0	18,3	61,0	20,7	100,0	7,9	66,0	26,0	100,0	24,7	45,5	29,7	100,0	20,5	50,8	28,6	100,0
<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>77,2</b>	<b>16,1</b>	<b>100,0</b>	<b>31,3</b>	<b>60,7</b>	<b>8,0</b>	<b>100,0</b>	<b>19,6</b>	<b>66,4</b>	<b>11,8</b>	<b>100,0</b>	<b>47,9</b>	<b>59,5</b>	<b>12,6</b>	<b>100,0</b>	<b>30,4</b>	<b>67,5</b>	<b>12,1</b>	<b>100,0</b>

Fonte: OEFP, Estudo sobre o Voluntariado

## ANEXO 2

**Q7.b PERCENTAGEM DE VOLUNTÁRIOS POR GRUPO ETÁRIO SEGUNDO A ACTIVIDADE PRINCIPAL DA INSTITUIÇÃO**  
(Classificação Internacional de Organizações não Lucrativas)

Portugal

	Voluntários Órgãos Sociais				Voluntários Regulares				Voluntários Órgãos Sociais + Voluntários Regulares				Voluntários Ocasionais				Total			
	até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total	até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total	até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total	até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total	até 24 anos	25 a 64 anos	65 e mais anos	Total
Cultura e Artes	16,3	79,8	3,8	100,0	63,8	32,5	4,0	100,0	46,5	49,6	3,9	100,0	20,3	77,2	2,5	100,0	39,9	56,5	3,6	100,0
Desporto	9,2	89,9	3,9	100,0	10,0	90,0	-	100,0	9,5	87,9	2,7	100,0	57,1	42,9	-	100,0	13,4	84,1	2,5	100,0
Outros clubes de lazer/recreação e sociais	10,9	85,6	3,2	100,0	50,2	45,8	4,1	100,0	28,5	69,7	3,6	100,0	35,2	61,1	3,7	100,0	28,3	66,1	3,6	100,0
Cultura e Lazer/Recreação - Subtotal	12,2	84,3	3,5	100,0	53,7	42,6	3,6	100,0	32,5	63,9	3,6	100,0	28,1	69,1	2,9	100,0	31,6	65,0	3,4	100,0
Educação Primária e Secundária	-	90,6	9,6	100,0	38,6	55,6	6,8	100,0	15,6	76,6	8,0	100,0	12,2	87,8	-	100,0	15,0	76,4	8,6	100,0
Outra Educação	3,7	92,6	3,7	100,0	-	100,0	-	100,0	3,0	93,9	3,1	100,0	9,9	90,1	-	100,0	4,9	92,9	2,2	100,0
Investigação médica	-	100,0	-	100,0	-	86,9	11,1	100,0	-	96,3	3,7	100,0	100,0	-	-	100,0	10,0	86,6	3,3	100,0
Educação e Investigação - Subtotal	0,9	93,9	6,2	100,0	23,4	69,6	6,8	100,0	8,5	85,7	5,8	100,0	25,1	74,9	-	100,0	11,4	63,6	4,8	100,0
Cuidados Médicos e Reabilitação	-	79,7	20,3	100,0	-	83,9	16,0	100,0	-	82,1	17,9	100,0	-	-	-	100,0	-	82,1	17,9	100,0
Lares	0,6	60,3	39,1	100,0	16,9	45,6	36,3	100,0	7,9	54,2	38,0	100,0	4,1	56,7	39,1	100,0	7,6	54,4	38,0	100,0
Saúde mental e intervenção em crise	-	83,3	16,7	100,0	45,7	39,7	14,6	100,0	40,0	45,2	14,8	100,0	-	32,2	67,8	100,0	38,7	44,8	16,5	100,0
Outros serviços de saúde	3,4	82,1	14,5	100,0	15,2	70,9	13,9	100,0	10,6	75,2	14,2	100,0	15,6	74,9	9,5	100,0	11,7	75,1	13,1	100,0
Saúde - Subtotal	1,3	67,6	31,1	100,0	22,6	54,4	22,8	100,0	13,0	60,4	26,6	100,0	11,8	68,4	19,8	100,0	12,8	61,4	26,8	100,0
Serviços Sociais	6,7	74,5	19,8	100,0	26,4	68,1	16,4	100,0	11,6	69,4	18,8	100,0	29,7	47,1	23,2	100,0	19,6	63,4	20,0	100,0
Emergência e Socorro	1,6	84,8	13,9	100,0	20,0	75,6	4,4	100,0	18,2	78,4	5,4	100,0	23,7	72,9	3,4	100,0	18,4	76,3	5,3	100,0
Apoio ao rendimento e manutenção	0,0	44,0	56,9	100,0	12,2	58,1	29,7	100,0	4,8	49,6	45,6	100,0	18,9	56,1	25,0	100,0	15,6	54,9	29,8	100,0
Serviços Sociais - Subtotal	4,0	69,6	26,6	100,0	20,4	70,8	8,8	100,0	14,0	70,3	15,7	100,0	21,6	54,6	23,9	100,0	16,8	64,6	18,7	100,0
Ambiente	2,8	97,2	-	100,0	9,3	90,7	-	100,0	3,0	95,0	-	100,0	96,6	2,8	0,7	100,0	93,2	5,1	0,7	100,0
Protecção dos animais	-	-	-	100,0	-	-	-	100,0	-	-	-	100,0	27,8	72,2	-	100,0	24,2	76,8	-	100,0
Ambiente - Subtotal	2,8	96,7	-	100,0	10,0	90,0	-	100,0	5,2	94,4	-	100,0	96,4	2,9	0,7	100,0	93,1	6,2	0,7	100,0
Desenvolvimento Económico, Social e Comunitário	3,0	65,9	31,1	100,0	12,6	66,6	1,0	100,0	8,6	73,9	19,4	100,0	36,0	40,0	24,0	100,0	12,9	66,7	20,4	100,0
Habituação	-	98,6	1,2	100,0	-	-	-	100,0	-	98,8	1,2	100,0	-	-	-	100,0	-	98,8	1,2	100,0
Emprego e Formação	-	59,6	40,4	100,0	-	-	-	100,0	-	59,6	40,4	100,0	-	-	-	100,0	-	59,6	40,4	100,0
Desenvolvimento e Habitação - Subtotal	1,6	60,1	18,3	100,0	12,6	66,6	1,0	100,0	4,4	61,8	13,8	100,0	36,0	40,0	24,0	100,0	9,2	75,4	15,4	100,0
Intermediação filantrópica e Promoção do voluntariado	-	57,6	42,4	100,0	-	73,1	26,9	100,0	-	67,2	32,8	100,0	-	100,0	-	100,0	-	66,4	31,6	100,0
Actividades Internacionais	-	82,1	12,5	100,0	15,6	81,7	-	100,0	11,0	81,9	7,1	100,0	39,6	60,4	-	100,0	30,4	67,3	2,3	100,0
Congregações e associações religiosas	-	63,6	36,2	100,0	30,2	43,3	26,5	100,0	23,9	47,6	28,5	100,0	23,7	54,7	21,6	100,0	23,8	51,0	25,3	100,0
Associações Empresariais e Profissionais e Sindicatos	-	86,4	13,6	100,0	-	100,0	-	100,0	-	86,6	13,5	100,0	-	-	-	100,0	-	86,6	13,5	100,0
Outras não especificadas	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
<b>Total</b>	<b>6,6</b>	<b>77,2</b>	<b>16,1</b>	<b>100,0</b>	<b>31,3</b>	<b>60,7</b>	<b>8,0</b>	<b>100,0</b>	<b>19,8</b>	<b>68,4</b>	<b>11,8</b>	<b>100,0</b>	<b>47,9</b>	<b>39,6</b>	<b>12,6</b>	<b>100,0</b>	<b>30,4</b>	<b>67,5</b>	<b>12,1</b>	<b>100,0</b>

### ANEXO 3

Quadro 1 – Respostas dos idosos sobre as actividades de lazer

PRÁTICAS ACTIVIDADES	MUITO POUCO		BASTANTE		NEM MUITO/ NEM POUCO		Pouco		Muito POUCO/NA DA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>LER</b>												
Grupo DOM	28	8,3	23	6,8	53	15,8	59	17,6	173	51,5	336	100,0
Grupo INST	12	3,6	41	12,2	40	11,9	59	17,5	185	54,9	337	100,0
<b>TV</b>												
Grupo DOM	36	10,7	123	36,6	87	25,9	54	16,1	36	10,7	336	100,0
Grupo INST	56	16,6	148	43,9	50	14,8	58	17,2	23	6,8	337	100,0
<b>MÚSICA</b>												
Grupo DOM	19	5,7	47	14,0	66	19,6	95	28,3	109	32,4	336	100,0
Grupo INST	25	7,4	81	24,0	97	28,8	89	23,7	54	16,0	337	100,0
<b>PASSEAR</b>												
Grupo DOM	40	11,9	112	33,3	59	17,6	82	24,4	43	12,8	336	100,0
Grupo INST	44	13,1	126	37,4	75	22,3	55	16,3	37	11,0	337	100,0
<b>JARDINAGEM</b>												
Grupo DOM	24	7,1	62	18,5	38	11,3	65	19,3	147	43,8	336	100,0
Grupo INST	10	3,0	39	11,6	22	6,5	44	13,1	222	65,9	337	100,0
<b>HORTICULTURA</b>												
Grupo DOM	53	15,8	53	15,8	44	13,1	53	15,8	133	39,6	336	100,0
Grupo INST	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TRICOTAR</b>												
Grupo DOM	16	4,8	49	14,6	53	15,8	24	7,1	194	57,7	336	100,0
Grupo INST	10	3,0	44	13,1	13	3,9	26	7,7	244	72,4	337	100,0
<b>CARTAS</b>												
Grupo DOM	11	3,3	43	12,8	34	10,1	44	13,1	204	60,7	336	100,0
Grupo INST	19	5,6	35	10,4	28	8,3	47	13,9	208	61,7	337	100,0
<b>CONVERSAR</b>												
Grupo DOM	51	15,2	214	63,7	32	9,5	14	4,2	25	7,4	336	100,0
Grupo INST	102	30,3	188	55,8	22	6,5	19	5,6	6	1,8	337	100,0

## **ANEXO 4**

# ANEXO 5

Especialidade	< 31		31 a 35		36 a 40		41 a 45		46 a 50		51 a 55		56 a 60		61 a 65		> 65		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Anatomia Patológica	0	1	4	8	10	10	20	9	45	17	26	13	9	6	10	4	18	21	40	89
Anestesiologia	1	0	109	30	80	35	144	51	184	79	146	78	145	74	45	38	81	97	935	482
Cardiologia	0	1	17	23	22	38	49	60	33	82	21	92	19	62	10	81	10	168	81	607
Cardiologia Pediátrica	0	0	3	0	5	1	3	0	1	3	5	4	2	8	3	2	2	2	24	20
Cirurgia Geral	0	0	22	29	41	45	64	89	66	167	43	184	15	183	8	139	15	328	274	1.154
Cirurgia Cardio-Torácica	0	0	1	2	0	2	2	9	0	12	1	18	2	23	1	13	0	19	7	98
Cirurgia Maxilo-Facial	0	0	2	2	0	5	0	4	2	7	4	22	2	20	1	10	1	8	12	78
Cirurgia Pediátrica	0	0	0	1	3	3	6	8	6	3	6	13	4	11	6	10	3	21	34	70
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Estética	0	0	2	4	5	15	10	25	7	15	9	29	10	27	4	11	2	23	49	149
Angiologia e Cirurgia Vascular	0	0	2	8	5	14	4	19	5	15	2	20	1	23	0	6	1	17	20	122
Medicina Geral e Familiar	5	1	104	34	139	59	135	52	389	216	1547	1087	449	458	60	128	30	106	2.858	2.140
Dermato-Venerologia	0	0	11	6	24	10	21	15	24	13	30	24	22	28	7	17	7	43	146	156
Doenças Infecciosas	0	0	3	2	4	2	12	4	13	9	8	25	3	5	2	8	2	15	47	70
Endocrinologia-Nutrição	0	0	9	2	11	4	19	10	11	9	15	15	10	15	8	9	9	24	92	88
Estomatologia	0	0	0	3	2	2	1	12	47	62	42	106	22	60	6	51	22	250	552	546
Farmacologia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	5	0	2	0	7	0	19
Gastroenterologia	0	0	12	13	33	14	41	45	20	39	16	31	12	46	8	33	5	72	147	293
Ginecologia/Obstetrícia	0	0	19	8	51	16	165	41	184	83	129	121	105	93	58	81	143	171	834	614
Imuno-Alergologia	0	0	5	1	10	1	28	11	37	12	43	14	24	4	2	2	4	13	53	58
Hematologia Clínica	0	0	10	0	5	3	19	8	16	6	15	12	27	16	7	13	5	21	104	79
Imuno-Hemoterapia	0	0	14	5	10	4	17	4	14	6	6	8	20	21	9	17	9	22	99	87
Medicina Desportiva	0	0	1	0	0	4	3	10	2	17	1	24	1	15	0	6	0	14	8	90
Medicina Física e de Reabilitação	1	0	22	10	27	11	53	27	57	33	56	46	47	36	22	13	13	32	298	208
Medicina Interna	0	0	55	33	78	41	151	74	210	181	135	167	70	142	36	116	26	191	761	945
Medicina Legal	0	0	0	0	1	2	4	1	9	11	8	12	1	10	1	2	2	10	26	48
Medicina Nuclear	1	0	6	2	6	0	8	3	3	4	6	5	2	3	1	3	1	3	34	23
Medicina do Trabalho	0	0	5	2	10	11	23	13	19	93	103	214	29	119	9	31	6	52	304	535
Medicina Tropical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	2	2	7	9	40	13	52
Nefrologia	0	0	9	5	18	7	24	13	6	23	12	38	7	23	4	10	1	16	81	135
Neuro-Cirurgia	0	0	0	6	1	13	5	25	4	19	2	20	2	24	0	12	1	31	15	150
Neuro-Radiologia	0	0	6	4	12	10	15	8	7	7	5	9	4	9	0	5	0	8	49	60
Neurologia	0	0	11	8	15	15	30	23	36	27	30	35	13	31	6	23	16	46	157	208
Oftalmologia	1	0	24	16	27	47	50	55	46	81	43	117	38	103	12	52	14	114	255	585
Oncologia Médica	0	0	5	2	14	8	8	7	16	20	21	15	20	6	16	4	22	89	116	
Otorrinolaringologia	0	0	16	16	15	19	19	48	30	49	15	61	7	55	1	50	2	118	107	436
Ortopedia	0	0	5	21	6	30	16	105	25	153	5	185	4	144	1	84	0	142	62	864
Patologia Clínica	0	0	12	4	15	5	52	19	112	46	101	36	68	26	25	22	100	104	485	262
Pediatria	0	0	51	8	80	12	165	51	157	63	130	100	117	73	74	73	139	193	913	573
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	0	0	7	3	19	1	12	5	18	6	13	7	12	3	5	1	15	14	99	40
Pneumologia	0	0	17	8	14	9	43	18	47	35	43	54	46	52	5	24	20	66	235	266
Psiquiatria	1	0	14	11	21	15	41	43	90	74	88	99	51	85	28	52	57	145	391	525
Radiodiagnóstico	0	1	12	6	28	33	81	73	75	89	53	84	31	67	6	45	8	91	294	489
Radioterapia	0	0	4	2	4	6	13	2	17	6	4	2	12	2	1	3	7	18	62	42
Reumatologia	0	0	6	3	14	5	9	9	8	9	5	14	3	10	0	2	7	8	52	60
Saúde Pública	0	0	1	3	10	3	13	8	82	43	76	68	37	53	12	18	12	19	243	216
Urologia	0	0	0	12	0	23	0	47	3	46	1	42	0	62	1	27	0	64	5	323
E.E.G./Neurofisiologia Clínica	0	0	0	0	1	0	4	5	7	9	8	9	8	10	2	11	11	22	41	66
Genética Médica	0	0	0	2	0	0	4	3	5	5	6	3	6	1	3	1	1	5	25	20
Hidrologia Médica	0	0	1	0	0	0	4	3	5	8	8	25	1	9	1	5	2	18	22	68
Medicina Farmacêutica	0	0	0	0	0	1	2	1	8	23	9	16	4	5	0	1	1	1	24	48
NeuroPediatria	0	0	0	0	1	0	3	0	3	2	5	4	4	3	2	0	0	0	18	9
Medicina Intensiva	0	0	1	1	3	6	17	11	21	38	21	27	8	22	2	9	1	2	74	116
Epidemiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emergência Médica	0	0	22	11	51	39	52	35	44	58	19	36	4	9	2	2	0	0	184	190
Gestão dos Serviços de Saúde	0	0	0	0	2	5	22	22	65	90	100	150	63	113	10	54	2	16	264	450
Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	2	4	0	0	0	2	0	2	6	9
Oncologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	5	4	1	0	3	1	3	2	0	1	0	2	12	10
Hepatologia	0	0	0	0	9	0	11	14	6	12	3	4	2	6	1	4	0	2	32	42
Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	2	1	0	1	0	2	0	1	8	5
Cuidados Intesivos Pediátricos	0	0	0	0	2	1	8	3	0	4	3	6	1	2	0	0	0	3	14	19
Electrofisiologia Cardíaca	0	0	0	0	0	1	2	4	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	2	10
Neonatologia	0	0	0	0	5	0	18	10	19	10	14	15	10	11	0	4	0	2	66	52
Medicina da Dor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Avaliação do Dano Corporal	0	0	0	1	0	0	1	0	1	8	5	7	2	2	0	1	1	3	10	22
Acupuntura Médica	0	0	0	2	1	1	0	2	4	3	9	13	5	8	2	3	0	2	21	34
Medicina Hiperbárica e Subaquática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Materno-Fetal	0	0	0	0	0	0	3	0	9	1	4	4	4	6	0	0	0	0	20	11
Não Especialista	3.102	1.678	1.402	825	1.525	1.167	2.197	1.712	3.158	2.952	3.959	4.612	1.967	3.111	633	1.746	1.136	3.934	18.753	22.093
<b>TOTAL</b>	<b>3.112</b>	<b>1.682</b>	<b>2.066</b>	<b>1.207</b>	<b>1.525</b>	<b>1.167</b>	<b>2.197</b>	<b>1.712</b>	<b>3.158</b>	<b>2.952</b>	<b>3.959</b>	<b>4.612</b>	<b>1.967</b>	<b>3.111</b>	<b>633</b>	<b>1.746</b>	<b>1.136</b>	<b>3.934</b>	<b>18.753</b>	<b>22.093</b>
<b>TOTAL (M+F)</b>	<b>4.794</b>	<b>3.273</b>	<b>2.662</b>	<b>3.909</b>	<b>6.110</b>	<b>8.571</b>	<b>5.078</b>	<b>2.379</b>	<b>5.070</b>	<b>4.1846</b>										

**DISTRIBUIÇÃO POR ESPECIALIDADE, IDADE E SEXO - 2000**

Especialidade	< 31		31 a 35		36 a 40		41 a 45		46 a 50		51 a 55		56 a 60		61 a 65		> 65		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
	Anatomia Patológica	0	0	5	4	31	12	33	11	16	7	13	8	8	4	5	2	7	9	18
Anestesiologia	0	0	53	5	165	56	142	71	164	77	107	56	30	34	24	32	47	70	732	411
Cardiologia	0	0	22	17	39	64	25	91	21	74	13	78	8	70	7	62	3	104	138	560
Cardiologia Pediátrica	0	0	2	0	0	0	4	2	3	8	2	4	2	3	1	1	1	0	15	13
Cirurgia Geral	0	1	13	9	58	106	51	155	33	188	7	171	4	113	4	108	12	256	162	1107
Cirurgia Cardio-Torácica	0	0	0	2	1	6	0	5	3	15	0	21	1	11	0	4	0	13	5	87
Cirurgia Maxilo-Facial	0	0	0	2	1	2	3	0	2	21	2	14	0	10	0	5	1	4	9	68
Cirurgia Pediátrica	0	0	0	1	6	5	8	4	5	15	7	9	1	11	2	3	1	18	30	66
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Estética	0	0	3	5	7	24	11	15	7	31	9	17	1	10	1	5	1	22	40	129
Angiologia e Cirurgia Vascular	0	0	3	3	2	20	4	13	2	18	1	19	0	6	1	4	0	13	13	96
Medicina Geral e Familiar	5	0	43	14	143	43	948	560	1132	934	186	272	23	62	13	39	15	76	2508	2.000
Dermato-Venerologia	0	0	7	6	21	16	25	8	31	34	13	24	6	9	1	11	3	37	107	145
Doenças Infecciosas	0	0	1	0	15	2	9	24	4	13	1	7	3	6	0	6	1	8	34	66
Endocrinologia-Nutrição	0	0	6	3	17	9	12	7	14	17	9	13	5	12	8	8	0	16	71	85
Estomatologia	0	0	3	0	24	27	33	90	37	51	5	63	4	48	5	36	21	270	148	615
Farmacologia Clínica	0	0	0	0	0	2	0	1	0	6	0	1	0	5	0	3	0	1	0	19
Gastroenterologia	0	0	19	15	32	37	17	42	11	33	12	44	5	25	3	26	1	50	100	272
Ginecologia/Obstetrícia	0	0	32	8	170	54	143	90	113	105	95	95	42	74	37	49	109	122	741	597
Imuno-Alergologia	0	0	6	1	30	5	38	11	39	13	8	3	3	4	4	0	7	128	47	
Hematologia Clínica	0	0	3	1	13	6	18	5	17	12	23	19	5	13	3	12	0	10	82	78
Imuno-Hemoterapia	0	0	5	2	15	5	12	7	9	14	17	19	7	11	1	8	5	13	71	79
Medicina Desportiva	0	0	0	0	0	2	2	9	0	19	1	11	0	5	0	2	0	13	3	61
Medicina Física e de Reabilitação	0	0	20	15	63	24	45	39	51	44	45	28	11	9	7	16	8	25	250	200
Medicina Interna	0	0	36	21	169	111	170	153	101	167	55	142	27	107	14	83	7	86	579	670
Medicina Legal	0	0	0	0	5	2	8	12	4	12	0	6	2	1	0	2	1	7	20	42
Medicina Nuclear	0	0	4	0	8	4	1	5	5	6	2	0	0	4	0	1	1	3	21	23
Medicina do Trabalho	0	0	3	1	20	12	76	68	34	95	14	53	4	11	2	11	1	37	154	288
Medicina Tropical	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	4	1	9	2	8	7	38	12	63
Nefrologia	0	0	8	7	18	18	9	23	8	37	5	18	4	9	0	5	1	9	53	126
Neuro-Cirurgia	0	0	4	3	2	23	2	17	2	26	2	17	0	11	0	15	1	19	13	131
Neuro-Radiologia	0	0	4	1	13	12	7	8	6	5	1	10	0	5	0	5	0	1	31	47
Neurologia	0	0	13	5	39	21	27	28	17	34	11	27	6	20	3	19	10	39	126	193
Oftalmologia	0	0	13	28	53	64	37	81	49	120	24	79	6	37	9	35	6	90	197	534
Oncologia Médica	0	0	2	3	8	9	16	18	20	23	9	14	4	20	3	9	1	10	63	106
Otorrinolaringologia	0	0	11	17	29	50	22	64	11	65	3	54	0	35	0	36	2	91	78	412
Ortopedia	0	0	3	11	18	126	16	148	6	174	1	117	1	70	0	38	0	101	45	805
Patologia Clínica	0	0	11	1	81	33	107	32	89	41	41	26	26	20	27	37	69	81	451	271
Pediatria	0	0	38	16	143	42	127	81	120	88	111	68	64	71	38	57	91	147	732	570
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	0	0	3	2	13	5	15	5	9	6	10	4	6	2	8	5	10	7	74	36
Pneumologia	0	0	17	4	39	25	40	34	51	58	26	43	6	15	4	14	15	71	198	264
Psiquiatria	0	0	10	7	54	48	111	92	48	94	45	80	21	45	25	60	34	97	348	523
Radiodiagnóstico	0	0	29	25	99	85	60	88	44	73	13	57	6	38	3	21	4	87	258	474
Radioterapia	0	0	7	2	13	3	9	2	11	2	4	4	1	1	0	1	6	34	51	49
Reumatologia	0	0	4	1	9	7	6	13	3	15	2	5	1	3	0	1	6	7	31	52
Saúde Pública	0	0	1	1	28	19	89	51	51	55	29	48	5	6	6	5	16	24	201	
Urologia	0	0	1	10	1	37	2	44	1	50	0	49	1	24	0	25	0	41	6	280
E.E.G./Neurofisiologia Clínica	0	0	1	1	6	4	7	11	5	8	5	9	2	8	0	8	10	16	36	65
Genética Médica	0	0	0	1	4	2	3	6	4	2	4	0	3	1	0	0	1	4	19	16
Hidrologia Médica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	4	0	3	1	12	1	24
Medicina Farmacêutica	0	0	1	1	1	8	10	18	6	18	2	3	0	0	0	0	0	20	43	
NeuroPediatria	0	0	0	0	1	0	4	1	4	4	2	2	1	0	0	0	0	12	7	
Medicina Intensiva	0	0	0	0	3	12	19	21	11	24	3	12	2	3	0	2	0	38	74	
Epidemiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emergência Médica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestão dos Serviços de Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oncologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuidados Intesivos Pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Electrofisiologia Cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neonatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina da Dor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Avaliação do Dano Corporal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Acupuntura Médica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Hiperbárica e Subaquática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Materno-Fetal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não Especialista	2.096	1.125	825	631	642	553	951	902	571	621	233	465	71	213	60	137	262	984	5.711	5.881
<b>TOTAL</b>	<b>2.101</b>	<b>1.126</b>	<b>1.255</b>	<b>923</b>	<b>2.372</b>	<b>1.862</b>	<b>3.540</b>	<b>3.309</b>	<b>3.006</b>	<b>3.901</b>	<b>1.244</b>	<b>2.434</b>	<b>440</b>	<b>1.346</b>	<b>331</b>	<b>1.140</b>	<b>788</b>	<b>3.302</b>	<b>5.117</b>	<b>19.343</b>
<b>TOTAL (M+F)</b>	<b>3.227</b>		<b>2.218</b>		<b>4.234</b>		<b>6.849</b>		<b>6.907</b>		<b>3.678</b>		<b>1.786</b>		<b>1.471</b>		<b>4.090</b>		<b>34.460</b>	

## ANEXO 6

Quadro 51 Trabalhadores por conta de outrem, por actividade económica, segundo o nível de habilitação

PORTUGAL		Outubro 2009										Homens/Mulheres	
NÍVEL DE HABILITAÇÃO		TOTAL	Inferior ao 1.º	1.º	2.º	3.º	Ensino Secund.	Ens. Pós Secund. não Super. de nível IV	Bacharel.	Licenc.	Mest.	Dout.	Nível Desconh.
			Ciclo do Ens. Básico	Ciclo do Ens. Bás.	Ciclo do Ens. Bás.	Ciclo do Ens. Bás.							
<b>ACTIVIDADES (CAE - REV.3)</b>													
TOTAL		2 878 960	35 700	558 140	537 935	680 634	619 501	10 750	59 274	331 161	20 881	5 071	19 913
<b>A</b>	<b>Agricultura, prod. animal, caça, florest. e pesca</b>	57 824	3 832	26 682	11 042	8 306	4 264	106	583	1 903	138	22	946
01/02	Agricultura, prod. animal, caça e act. dos serv. relac.; Silv. e exp. fl.	50 396	3 281	22 526	9 599	7 497	3 952	104	550	1 806	130	22	929
03	Pesca e aquicultura	7 428	551	4 156	1 443	809	312	2	33	97	8	-	17
<b>B</b>	<b>Ind. Extractivas</b>	11 421	307	4 428	2 930	1 933	1 123	17	128	454	47	4	50
<b>C</b>	<b>Ind. Transformadoras</b>	619 821	7 529	154 476	175 108	147 368	88 532	1 051	8 513	32 587	2 331	343	1 983
10/11/12	Ind. alimentares; Ind. das beb.; Ind. do tab.	96 613	2 046	27 295	23 180	22 693	13 867	146	1 251	5 061	325	48	701
13/14/15	Fab. de têxteis; Ind. do vest.; Ind. do couro e dos prod. do couro	167 687	1 903	50 178	65 406	33 088	12 845	154	691	2 988	220	56	158
16	Ind. da madeira e da cortiça e suas obras, excep. mob.; fab. de obras de cest. de esp.	27 806	654	9 482	7 773	5 462	2 839	36	315	1 083	62	19	81
17/18	Fab. de pasta, de papel, cartão e seus art.; imp. e repr. de sup. grav.	27 280	197	4 586	5 841	7 763	6 276	107	456	1 908	110	10	26
19/20	Fab. de coque, prod. petrolíferos refinados e de agl. de comb.; Fab. de prod. quim. e de fibras sint. ou art., excep. Prod. Farm.	14 006	78	2 088	1 828	3 329	3 524	38	638	2 366	73	23	
21	Fab. de prod. farm. de base e de prep. farm.	6 048	12	619	529	898	1 958	4	254	1 641	112	20	1
22	Fab. de artigos de borracha e de mat. plásticas	22 414	189	4 224	5 118	6 382	4 230	41	417	1 646	94	12	61
23	Fab. de outros prod. minerais não met.	43 364	696	12 567	11 290	9 421	6 069	63	623	2 354	129	16	136
24/25	Ind. metalúrgicas de base; Fab. de prod. met., exc. máq. e equip.	81 007	828	17 900	21 726	22 022	12 195	187	1 097	3 955	571	52	474
26/27/28	Fab. de equip. inf., equip. p. com. e prod. Elect. e ópt.; Fab. de equip. eléct.; Fab. de máq. e equip., n.e.	46 648	217	6 696	9 569	13 085	10 387	101	1 209	4 941	327	30	86
29/30	Fab. de veículos aut., reb., semi-reb. e comp. para veic. aut.; Fab. de outro equip. de transp.	32 885	165	5 462	7 532	10 308	6 242	38	828	2 097	135	28	50
31	Fab. de mobiliário e de colchões	31 022	384	9 383	10 817	6 238	3 006	39	231	778	60	10	76
32	Outras indústrias transformadoras	10 433	101	2 268	2 461	2 705	2 032	38	170	576	33	8	41
33	Reparação, manut. e instalação de máq. e equip.	12 608	59	1 720	2 038	3 974	3 062	59	333	1 193	60	11	71
<b>D</b>	<b>Electricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio</b>	9 150	42	1 278	1 122	1 891	2 390	9	349	1 642	219	206	2
<b>E</b>	<b>Captação, tratamento e dist. de água; San., gestão de resíduos e despoluição</b>	19 114	404	4 214	3 797	4 259	3 206	35	414	2 527	81	4	173
<b>F</b>	<b>Construção</b>	329 117	8 055	98 107	84 334	67 377	35 020	1 271	5 848	22 277	1 562	253	5 013
41/42	Promoção imobiliária (desenv. de proj. de edif.); const. de edif.; Engenharia civil	226 262	6 570	76 304	56 697	38 552	20 737	910	4 245	17 379	1 121	198	3 549
43	Actividades espec. de construção	102 855	1 485	21 803	27 637	28 825	14 283	361	1 603	4 898	441	55	1 464
<b>G</b>	<b>Comércio por grosso e a retalho; rep. de veic. Aut. e mot.</b>	555 122	2 890	66 262	91 478	167 953	165 353	1 587	9 825	44 038	2 594	403	2 739
45	Com., manut. e rep., de veic. Aut. e mot.	73 434	404	11 963	17 510	22 555	15 913	140	934	3 582	184	33	216
46	Com por grosso (incl. agent.), exc. de veic. Aut. e mot.	177 660	1 122	22 561	28 225	45 298	51 901	649	4 741	20 897	1 114	166	986
47	Com. a retalho, excep. de veic. Aut. e mot.	304 028	1 364	31 738	45 743	100 100	97 539	798	4 150	19 559	1 296	204	1 537
<b>H</b>	<b>Transportes e armazenagem</b>	139 701	729	23 567	26 751	37 324	37 296	221	2 264	10 249	551	53	696
49/50/51/52	Transp. terrestres e transp. por óleo, ou gás.; Transp. por água; Transp. aéreos; Armaz. e activ. aux. dos transp. (inclui manuseamento)	123 150	722	22 419	24 913	32 599	30 299	212	2 162	8 566	529	53	676
53	Actividades postais e de courier	16 551	7	1 148	1 838	4 725	6 997	9	102	1 683	22	-	20
<b>I</b>	<b>Alojamento, restauração e similares</b>	209 929	3 111	47 683	43 088	65 656	38 766	442	1 783	5 466	429	55	3 450
<b>J</b>	<b>Actividades de inf. e de comunicação</b>	63 910	28	1 023	1 546	6 070	22 485	457	3 723	26 308	2 012	141	117
58/59/60	Act. de edição; Act. cinemat., de vídeo, de prod. de prog. de telev., de grav. de som e de ed. de mús.; Act. de rádio e de telev.	20 778	13	465	818	2 977	8 243	120	971	6 615	449	67	40
61	Telecomunicações	15 212	4	384	504	1 831	5 506	53	1 243	5 540	119	2	26
62/63	Consultoria e prog. Inf. e activ. Rel.; Act. dos serv. Inf.	27 920	11	174	224	1 262	8 736	284	1 509	14 153	1 444	72	51
<b>K</b>	<b>Actividades financeiras e de seguros</b>	89 992	138	1 114	1 844	7 754	38 618	297	4 070	34 300	1 653	90	114
<b>L</b>	<b>Actividades imobiliárias</b>	20 495	252	3 185	2 284	3 834	6 228	153	593	3 466	189	38	271
<b>M</b>	<b>Actividades de consultoria, cient., téc. e sim.</b>	104 919	225	3 552	4 536	14 166	36 321	1 000	5 139	35 839	3 056	736	349
<b>N</b>	<b>Actividades adm. e dos serv. de apoio</b>	259 244	4 459	64 958	35 430	65 799	60 786	2 246	4 213	16 820	998	898	2 637
<b>O</b>	<b>Adm. Pública e Defesa; Seg. Social Obrig.</b>	22 360	256	3 656	3 122	5 228	4 615	59	314	4 834	134	107	35
<b>P</b>	<b>Educação</b>	69 929	449	5 535	4 861	9 218	12 507	452	2 996	30 892	1 842	1 094	83
<b>Q</b>	<b>Actividades de saúde humana e apoio social</b>	199 198	1 871	34 462	30 385	42 385	38 467	815	6 289	41 917	1 781	345	481
86	Activ. de saúde humana	77 747	314	6 094	7 368	15 123	19 965	428	3 523	23 607	958	203	164
87/88	Activ. de apoio social com aloj.; Activ. de ap. soc. s/ aloj.	121 451	1 557	28 368	23 017	27 262	18 502	387	2 766	18 310	823	142	317
<b>R</b>	<b>Actividades artísticas, de espect., desp. e rec.</b>	22 611	200	2 760	2 599	5 171	6 756	159	574	3 865	209	66	252
<b>S</b>	<b>Outras actividades de serviços</b>	75 065	923	11 196	11 673	18 938	16 758	373	1 654	11 760	1 055	213	522
<b>U</b>	<b>Activ. dos org. internac. e out. inst. extra-territ.</b>	38	-	2	5	4	10	-	2	15	-	-	-

## ANEXO 7

### NOVOS EMPREGOS E COMPETENCIAS NO DOMINIO DA SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS (NECSS)

#### Guião de Inquirição

Nome do entrevistado.....

Organização (instituição) .....

#### A - Instituições e Utentes

##### 1. Ano de início de funcionamento de cada uma das valências sociais

Valência social	Ano de criação
1.Lar de idosos	
2.Serviços de apoio domiciliário	
3.Centro de dia	
4.Centro de convívio	
5.Centro de noite	
6.Acolhimento familiar para pessoas idosas	
7.Residencia	
8.Serviço de apoio familiar	
9.Apoio domiciliário integrado	
10.Unidade de apoio integrado	
11.Hospital	

##### 2. Evolução do número de utentes nos últimos 10 anos

Valência social	redução	Igual	Até 50%	50% a 100%	>100%
1.Lar de idosos					
2.Serviços de apoio domiciliário					
3.Centro de dia					
4.Centro de convívio					
5.Centro de noite					
6.Acolhimento familiar para pessoas idosas					
7.Residencia					
8.Serviço de apoio familiar					
9.Apoio domiciliário integrado					
10.Unidade de apoio integrado					
11.Hospital					

**3. Indicar as habilitações mais relevantes dos utentes segundo as valências**

Valência social	N. Superior	N. Médio	N. Basico	Sem habilit.
1.Lar de idosos				
2.Serviços de apoio domiciliário				
3.Centro de dia				
4.Centro de convívio				
5.Centro de noite				
6.Acolhimento familiar para pessoas idosas				
7.Residencia				
8.Serviço de apoio familiar				
9.Apoio domiciliário integrado				
10.Unidade de apoio integrado				
11.Hospital				

**4. Situação familiar dominante em cada valência social**

Valência social	Vivendo com o conjuge	Vivendo em família sem o conjuge	Vivendo só
1.Lar de idosos			
2.Serviços de apoio domiciliário			
3.Centro de dia			
4.Centro de convívio			
5.Centro de noite			
6.Acolhimento familiar para pessoas idosas			
7.Residencia			
8.Serviço de apoio familiar			
9.Apoio domiciliário integrado			
10.Unidade de apoio integrado			
11.Hospital			

**5. Grupo Etário dominante em cada valência social**

Valência social	< 70 anos %	70-80 anos %	>80 anos %
1.Lar de idosos			
2.Serviços de apoio domiciliário			
3.Centro de dia			
4.Centro de convívio			
5.Centro de noite			
6.Acolhimento familiar para pessoas idosas			
7.Residencia			
8.Serviço de apoio familiar			
9.Apoio domiciliário integrado			

10.Unidade de apoio integrado			
11.Hospital			

6. Peso de homens e mulheres em cada resposta social

Valência social	homens	mulheres
1.Lar de idosos		
2.Serviços de apoio domiciliário		
3.Centro de dia		
4.Centro de convívio		
5.Centro de noite		
6.Acolhimento familiar para pessoas idosas		
7.Residencia		
8.Serviço de apoio familiar		
9.Apoio domiciliário integrado		
10.Unidade de apoio integrado		
11.Hospital		

B - Aspectos Gerais

7. Como caracteriza a situação actual do sistema de apoio social a idosos

.....

8. Quais os aspectos mais positivos da situação actual (*indicar ordem crescente 1 a 7*)

	Número de ordem
Valorização social dos idosos	
Oferta diversificada de respostas sociais	
Resposta do 3º sector	
Aumento do voluntariado	
Maior envolvimento das famílias	
Maior proximidade da prestação de serviços	

Outras ( <i>indique abaixo</i> )	
----------------------------------	--

Outras .....

**9.** Quais os aspectos mais frágeis da situação actual (*indicar por ordem 1 a 7*)

	Número de ordem
Insuficiência da oferta das respostas sociais	
Baixas qualificações dos prestadores de cuidados a idosos	
Exigências burocráticas excessivas para admissibilidade	
Insuficiência de recursos humanos	
Capacidade financeira limitada	
Falta de instalações/equipamentos	
Outras ( <i>indique abaixo quais</i> )	

Outras.....

**10.** Respostas sociais com mais dificuldades (*indicar por ordem 1 a 11*)

	Número de ordem
Lar de idosos	
Serviços de apoio domiciliário	
Centros de dia	
Centros de convívio	
Centros de noite	
Acolhimento familiar para pessoas idosas	
Residências	
Serviço de apoio domiciliário (dependência)	
Apoio domiciliário integrado	
Unidades de apoio integrado	
Hospitais	

11. Na estrutura de pessoal (para todas as respostas sociais) quais as profissões que predominam e qual o grau de satisfação no que se refere à qualidade de funções exercidas:

	Muito satisfatório	satisfatório	Não satisfatório
Fisioterapeuta			
Psicólogo			
Nutricionista			
Médico			
Enfermeiro			
Auxiliar de enfermagem			
Técnico de serviços sociais			
Auxiliar			
Administrativo			
Outras (indique abaixo)			

C - Perspectivas Recursos Humanos 2020

12. Como considera que a resposta social a idosos em cada uma das valências deve evoluir até 2020:

Valência social	Redução até 2020 %	Manter até 2020	Aumentar até 2020 %
1.Lar de idosos			
2.Serviços de apoio domiciliário			
3.Centro de dia			
4.Centro de convívio			
5.Centro de noite			
6.Acolhimento familiar para pessoas idosas			
7.Residencia			
8.Serviço de apoio familiar			
9.Apoio domiciliário integrado			

10.Unidade de apoio integrado			
11.Hospital			

**13.** No caso de ser previsível um aumento de profissionais até 2020, indique a ordem de grandeza desse crescimento

Grupos profissionais	Até 50%	50 a 100%	Mais de 100%
	%	%	%
Fisioterapeuta			
Psicólogo			
Nutricionista			
Médico			
Enfermeiro			
Auxiliar de enfermagem			
Técnico de serviços sociais			
Auxiliar			
Administrativo			
Animador sócio-cultural para idosos			
Outras ( <i>indique abaixo</i> )			

Outras profissões .....

**14.** No horizonte de 2020 que competências são as mais estratégicas para dar resposta às necessidades resultantes do envelhecimento da população:

**a)** Competências básicas (indicar por ordem 1 a 8)

Competências básicas	Número de Ordem
Dominar a língua materna	

Comunicação em língua estrangeira	
Competências digitais Nomeadamente em IT	
Domínio da matemática para Resolução de problemas concretos	
Motivação e disponibilidade para aprendizagem contínua	
Sentido de responsabilidade pessoal , cívica e ética	
Sentido de iniciativa	
Capacidade de trabalhar em ambiente multicultural	

**b) Competências Chave**

Competências Chave	Número de Ordem
Criatividade e capacidade de inovação	
Capacidade de análise e resolução de problemas complexos ou de situações de mudança e incerteza	
Capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas	
Capacidade de relacionamento e de trabalhar com os outros	
Saber comunicar	
Expeirncia de vida	

**c) Outras Competências**

Competencias por inovação	Nº	Conhecimento científico e técnico	Nº	Conhecimento para o reforço das parcerias	Nº
Detecção de oportunidades de inovação		Domínio das áreas científica e técnica apropriada às funções		Seleção de parcerias estratégicas	
Criatividade e capacidade de Investigação e desenvolvimento De novos produtos e serviços		Capacidade de actualização permanente a novos conhecimentos e novas tecnologias		Gestão e dinamização de redes de cooperação	
Aposta na inovação		Ter conhecimentos de			

organizacional		outras áreas relacionadas			
E na produção e transferência de Conhecimentos					
Outros ( <i>indicar</i> )					

16. Que articulação deve existir entre os sistemas de saúde e protecção social em termos de apoio a idosos?

.....

## ANEXO 7A

### NOVOS EMPREGOS E COMPETENCIAS NO DOMINIO DA SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS (NECSS)

#### Guião de Inquirição - Saúde

Nome do entrevistado.....

Organização (instituição) .....

#### A – Situação actual

##### 6. Ano de início de funcionamento de cada uma das seguintes estruturas de saúde

Estrutura	Ano de criação
1.Hospitais	
2.Hospitais residenciais	
3.Redes de cuidados continuados	
4.Centros de saúde	
5.Unidades de saúde familiar	
6. Clínicas	
7. Outros	

##### 7. Evolução do número de utentes nos últimos 10 anos

Estrutura	redução	Igual	Até 50%	50% a 90%	>90%
1.Hospitais					
2.Hospitais residenciais					
3.Redes de cuidados continuados					
4.Centros de saúde					
5.Unidades de saúde familiar					

6. Clínicas					
7. Outros					

8. Qual o peso de idosos no total dos utentes?

Estrutura	Até 50%	50 a 70%	>70%
1.Hospitais			
2.Hospitais residenciais			
3.Redes de cuidados continuados			
4.Centros de saúde			
5.Unidades de saúde familiar			
6. Clínicas			
7. Outros			

9. Quais os principais motivos do recurso dos idosos aos diversos serviços de saúde:

Estrutura	Principais motivos do recurso de idosos às diferentes estruturas de saúde
1.Hospitais	
2.Hospitais residenciais	
3.Redes de cuidados continuados	
4.Centros de saúde	
5.Unidades de saúde familiar	
6.Clínicas	
7.Outros	

--	--

**10. Principais doenças dos idosos (sublinhar as mais significativas)**

Arteriosclerose, Enfarte, cancro, doenças degenerativas (Alzheimer, demência vascular), Parkinson, Huntington, Creutzfeldt Jakob's, epilepsia, desordens mentais, epilepsia, doenças autistas, osteomusculares, diabetes, outras doenças metabólicas, asma, doenças crónicas de obstrução pulmonar, hipertensão, doenças renais, doenças da vista , doenças do ouvido, doenças relacionadas com idosos

**11. Taxas de ocupação média nos dois últimos anos**

Estrutura	<10%	11 a 50%	50 a 70%	70% a 90 %	>90%
1.Hospitais					
2.Hospitais residenciais					
3.Redes de cuidados continuados					
4.Centros de saúde					
5.Unidades de saúde familiar					
6. Clínicas					
7. Outros					

**12. Quais os aspectos mais positivos da situação actual em termos de assistência a idosos**

---



---



---

**13. Principais carências verificadas**

Estrutura	<10%	11 a 50%	50 a 70%	70% a 90 %	>90%

1.Pessoa técnico					
2. Pessoal de enquadramento					
3.Articulação institucional					
4.Areas de intervenção					
5.Acessibilidade					
6.Informação					
7.Financiamento					

**14.** Caracterização dos principais carências e principais medidas a considerar para as ultrapassar

---



---

**15.** .Para que técnicos de saúde relacionados com população idosa indique em termos de quantidade qual a situação actual

	Em excesso	Suficiente	Grande	Muito grande
1.Médicos de medicina geral e familiar				
2.Outros Médicos				
3.Enfermeiros				
4.Fisioterapeutas				
5.Terapeutas ocupacionais				
6.Gestores de casos				
7.Profissionais de enquadramento				
8.Outros (indique quais)				

**16.** Qual a idade média dos profissionais de saúde em cada uma das áreas profissionais?

---

**17.** Indique para as áreas mais salientes em que especialidades existem maiores carências e necessidades

---

**18.** Qual o processo habitualmente utilizado para o recrutamento de médicos e restante pessoal de saúde?

---

**19.** Participam o pessoal médico e restantes técnicos de saúde em acções de actualização ou de formação?

---

---

#### B - Perspectivas para 2020

**20.** Em termos de população quais as doenças mais salientes nos próximos 10 anos?

---

---

**21.** Quais as doenças que necessitarão de maior apoio de profissionais de saúde?

---

---

**17.** Que especialidades médicas serão essenciais?

---

**18.** Considera que o sistema de saúde, tal como se encontra organizado actualmente pode dar uma resposta adequada às necessidades previstas em 2020 face ao novo contexto demográfico?

---

**19.** Quais os domínios em que admite serem necessárias maiores mudanças?

---

---

20. Que resposta física poderá ser dada pelas estruturas de saúde , face ao contexto existente em 2020 com um significativo aumento da população idosa.

---

---

21. Qual o ratio que deverá existir:

- a) Nº de utentes por médico
- b) Nº utentes por enfermeiro
- c) Nº de utentes por “outros profissionais”

22.No horizonte de 2020 que competências são as mais estratégicas para dar resposta às necessidades resultantes do envelhecimento da população:

d) Competências básicas (indicar por ordem 1 a 8)

Competências básicas	Número de Ordem
Dominar a língua materna	
Comunicação em língua estrangeira	
Competências digitais Nomeadamente em IT	
Domínio da matemática para Resolução de problemas concretos	
Motivação e disponibilidade para aprendizagem contínua	
Sentido de responsabilidade pessoal , cívica e ética	
Sentido de iniciativa	
Capacidade de trabalhar em ambiente multicultural	

e) Competências Chave

Competências Chave	Número de Ordem
Criatividade e capacidade de inovação	
Capacidade de análise e resolução de problemas complexos ou de situações de mudança e incerteza	

Capacidade de adaptação a situações novas e imprevistas	
Capacidade de relacionamento e de trabalhar com os outros	
Saber comunicar	
Expeirncia de vida	

**f) Outras Competências**

Competencias por inovação	Nº	Conhecimento científico e técnico	Nº	Conhecimento para o reforço das parcerias	Nº
Detecção de oportunidades de inovação		Domínio das áreas científica e técnica apropriada às funções		Seleção de parcerias estratégicas	
Criatividade e capacidade de Investigação e desenvolvimento De novos produtos e serviços		Capacidade de actualização permanente a novos conhecimentos e novas tecnologias		Gestão e dinamização de redes de cooperação	
Aposta na inovação organizacional E na produção e transferência de Conhecimentos		Ter conhecimentos de outras áreas relacionadas			
Outros ( <i>indicar</i> )					

23. Que articulação deverá existir entre os sistemas de saúde e protecção social?

---



---

## ANEXO 8

# O ENVELHECIMENTO, A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

## ESTUDO DE CASO



Lisboa, 18 de Julho de 2011

Maria João Sacadura

## Índice

1. INTRODUÇÃO	213
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	214
2.1. Envelhecer com Insuficiência Renal Crônica Terminal	214
2.2. Situação de Dependência: Estrutura Formal e Informal de Apoio à População Idosa	218
2.3. Competências na Área da Saúde e na Área Social	223
3. QUESTÃO DE ESTUDO	232
3.1. Metodologia	232
3.2. Amostra	232
3.2.1. Caracterização da amostra.....	223
3.2. Instrumento	234
3.3. Procedimento	234
3.4. Definição de Conceitos Operacionais	235
3.5. Guiões de Entrevista	236
3.5.1. Guião de Entrevista: Profissionais da área da Saúde.....	237
3.5.2. Guião de Entrevista: Profissionais da Área Social.....	238
3.5.3. Guião de Entrevista: Utentes.....	239
3.5.4. Guião de Entrevista: Familiares de utentes.....	240
4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	241
4.1. Análise das Entrevistas: Médicos	245
4.2. Análise de Entrevistas: Área de Enfermagem	249
4.3. Análise de Entrevistas: Área Social	255
4.4. Análise de Entrevistas: Utentes	261
4.5. Análise de Entrevistas: Familiares de Utentes	266
5. CONCLUSÕES	271
6. BIBLIOGRAFIA	281
ANEXO:283	

## 1.Introdução

Os resultados do recente estudo da União Europeia *Comprehensive analysis of emerging competences and economic activities in the European Union in the health and social services sectors*, e as prioridades de crescimento inclusivo, sustentado e inteligente delineado para a Europa no horizonte 2020, vêm evidenciar e reforçar a urgência de se adequarem as necessidades de formação ao mercado de trabalho, com especial incidência nos sectores que prestam cuidados e acompanham uma população cada vez mais envelhecida e com características diferentes de gerações anteriores.

O índice de crescimento desta população de risco acrescido, por sofrer ou possibilidade de vir a padecer de uma patologia crónica múltipla, obriga a novas políticas e estratégias que permitam responder de forma adequada às necessidades de reabilitação e integração familiar e social e, simultaneamente, a providenciar diferentes tipos de soluções nos serviços de saúde e de apoio social, baseados na continuidade de cuidados e no desenvolvimento de profissionais habilitados e treinados a abordar pluridisciplinarmente as questões da dependência.

A constatação da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as respostas integradas na área da saúde e protecção social desta população, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de novas competências, novas necessidades de formação e novos empregos, justifica a presente proposta de elaboração do Estudo de Caso “O Envelhecimento, a Insuficiência Renal Crónica Terminal e o Desenvolvimento de Competências” que, tendo por base a análise de uma das doenças de saúde pública de grande incidência em Portugal, procurará ser uma reflexão sobre as tendências para o horizonte 2020.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Envelhecer com Insuficiência Renal Crónica Terminal

Temos assistido ao crescente e incontornável envelhecimento da população, fenómeno demográfico e social que constitui um dos grandes desafios do século XXI. No contexto europeu têm sido, por esta razão, traçados cenários futuros, no sentido de se compreender a profundidade deste problema e fazer face às transformações socioeconómicas que este acarreta, particularmente ao nível dos muito idosos (mais de 75 anos), que tendencialmente vão perdendo a sua autonomia podendo tornando-se frequentemente dependentes do apoio de terceiros.

Projeções do Instituto Nacional de Estatística, realizadas em 1999 já previam que até 2020 o peso dos idosos atingisse os 18,1% da população total e que a proporção de jovens diminuiu-se para os 16,1%. Paralelamente, a esta questão, assistir-se-ia a um aumento da proporção dos idosos com 75 e mais anos (7,7%). Em 2009, o rácio entre a população de 65 ou mais anos para a população da faixa entre os 15 aos 64 anos era de 26,2%, tendo aumentado em apenas nove anos cerca de 3%.

Por envelhecimento entenda-se “um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável inerente à própria vida”, “ (...) calcula-se que após os 30 anos, dependendo dos órgãos, haja em média a perda de 1% de funcionalidade por ano<sup>16</sup>”.

Podemos distinguir dois tipos de envelhecimento: o primário ou normal, que não resulta de acidente ou doença, mas que é inevitável, fazendo parte do processo de diminuição funcional e orgânica desta fase da vida; o secundário ou patológico, resultado de situações que podem abalar um processo normal, onde se incluem as situações de doença.

Neste processo de envelhecimento as competências intelectuais mais afectadas são:

- A capacidade de interpretar a informação não verbal (gestos, expressões faciais...);
- A capacidade de reagir com eficácia e rapidez perante novas situações;

---

<sup>16</sup> SOUSA, Liliana, FIGUEIREDO, Daniela, CERQUEIRA, Margarida, Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice, Coleção A Idade do Saber, Editora Ambar, Porto 2004, pág. 23.

- A aquisição de novos conceitos e a aplicação dos conceitos existentes;
- A aptidão de organizar informações e concentração;
- O raciocínio abstracto;

Ao nível das competências psicomotoras e das actividades perceptivas, as menos afectadas são a capacidade prática de resolução de problemas<sup>17</sup>.

O envelhecimento físico torna as pessoas mais vulneráveis na vivência da idade avançada: com deterioração sensorial (particularmente, visão e audição), doenças, dor, problemas de memória, mobilidade e relacionamento social (Heikinnen 2000).

Aos factores físicos acresce, ainda, a situação de vulnerabilidade psico-emocional com alterações da auto-imagem, perda de controlo sobre o corpo e sobre o ambiente e diminuição da auto-estima, uma vez que a capacidade de ultrapassar as dificuldades e obstáculos de uma forma independente está mais limitada em resultado da fisiologia do envelhecimento.

Também os factores sócio demográficos têm influência: quem vive só está mais sujeito a situações de solidão e de isolamento, situação mais comum entre os muito idosos (não sendo um efeito do factor idade, mas de factores que lhe estão associados tais como a deterioração da saúde).

Os avanços da medicina permitiram o aumento da esperança de vida, que contudo não é sinónimo da eliminação de situações de dependência e incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento. Como refere Capello (2001), as doenças crónicas que têm maior incidência junto da população idosa são a diabetes, as cardiopatias e os problemas osteo-articulares, seguidas da hipertensão arterial, da amputação dos membros, da paraplegia, do cancro e da doença renal.

No presente estudo aborda-se a insuficiência renal crónica terminal que consiste numa diminuição progressiva e irreversível da função renal cujas opções terapêuticas são a Hemodiálise (HD), a Diálise Peritoneal (DP) e o Transplante Renal.

---

<sup>17</sup> Ibidem, pág.27.

A forma mais habitual de tratamento de um doente idoso é a hemodiálise, sendo a nefrologia a especialidade médica que estuda e trata as doenças que afectam o funcionamento dos rins.

O rim não tem apenas como função a produção de urina, estes também filtram o sangue, removendo as toxinas e líquidos em excesso do nosso organismo, regulam os níveis de água e sais do sangue, tais como o sódio e o potássio, regulam a pressão arterial e regulam o pH do organismo. Ainda fortalecem os ossos e participam na formação do sangue, libertando três hormonas muito importantes:

- Eritropoetina, que estimula a medula óssea na produção de glóbulos vermelhos;
- Renina, que regula a pressão arterial;
- A forma activa da vitamina D, que contribui para o equilíbrio químico do organismo e a fixar o cálcio dos nossos ossos.

Quando os rins não estão a cumprir as suas funções de regulação, a hemodiálise é o tratamento que substitui a função renal.

Segundo dados do Registo Nacional do tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal referentes ao ano de 2009, houve um aumento surpreendente nos números de incidência e prevalência desta doença na população com mais de 65 anos, que persistiu também em 2010, tendo nesse ano iniciado tratamentos 61,3% indivíduos com mais de 65 anos, num universo de 16.764 pessoas. Importa também realçar o aumento da idade média dos doentes a fazer hemodiálise: 63,8 no ano de 2007, 64,3 no ano de 2008, 65,02 no ano de 2009 e 65,9 em 2010. São várias as doenças que podem provocar insuficiência crónica, sendo as mais frequentes:

- Nefropatias diabéticas (Diabetes);
- Nefropatias hereditárias;
- Nefropatias vasculares (evolução prolongada da hipertensão arterial);
- Glomerulopatias (os filtros dos rins, os glomérulos, são destruídos por processos inflamatórios (glomerulonefrites) ou degenerativos;
- Nefropatias de causa urológica (lesões renais provocadas por anomalias nas vias urinárias

(cálculos, infecções crónicas);

- Nefropatias medicamentosas (abuso de medicamentos tóxicos para os rins como por exemplo os analgésicos e os anti-inflamatórios, frequentemente utilizados).

A hemodiálise (HD), tratamento de substituição da função renal, pode trazer implicações psicossociais a pessoas idosas, uma vez que para além das perdas das faculdades já referidas, associa frequentemente a questão da falta de suporte familiar, da diminuição de recursos económicos (ao provocar situações de reforma, muitas vezes antecipada) e problemas psicológicos (ansiedade, episódios de depressão, situação de dependência, perda de um cônjuge) que podem interferir no tratamento.

Existem, segundo a literatura especializada, três estados de adaptação à hemodiálise:

- Período de lua-de-mel – período que pode durar cerca de algumas semanas a 6 meses, onde se verifica uma melhoria física e psicológica;

- Período de desilusão e de decepção – período que pode demorar cerca de 3 a 12 meses e se caracteriza por uma diminuição do sentimento de confiança e esperança, coincidindo com o regresso ao dia-a-dia;

- Período de adaptação a longo prazo – fase em que o doente está consciente das limitações e alterações que o tratamento de hemodiálise provocam na sua vida.

Estes períodos de adaptação não são estanques, uma vez que cada doente apresenta características de personalidade diferentes e conseqüente diferença e capacidade de adaptabilidade à nova situação.

Para além da perda das suas competências e faculdades, como por exemplo a visão e audição, o doente idoso depara-se com novas dificuldades, tal como a necessidade de apreensão de novos conceitos e sua aplicação. Neste sentido, reveste-se de primordial importância o trabalho da equipa clínica, na promoção da participação do doente, nomeadamente ao nível das restrições alimentares, na toma da medicação e nos procedimentos de diálise. Uma comunicação efectiva possibilitará ao doente adoptar as restrições e tomar as decisões com conhecimento, reforçando em simultâneo o seu interesse pela vida.

Importa referir que muitas vezes, associado a este processo do envelhecimento e insuficiência renal, se associam situações de demência, cuja prevalência aumenta 1%

a partir dos 65 anos, atingindo os 30% aos 85 anos. Esta prevalência duplica em cada cinco anos entre os 60 e os 95 anos.

“Gerir a doença crónica visando a melhor qualidade de vida exige o envolvimento do doente e da família com uma equipa multidisciplinar, que em conjunto trabalham cuidados físicos e psicológicos”<sup>18</sup>.

No seio da família, a gestão de uma doença crónica cria situações esperadas como inesperadas, e os maiores desafios consistem não tanto nas tarefas específicas a empreender, mas antes nas novas funções que a doença impõe aos seus membros.

## **2.2. Situação de Dependência: Estrutura Formal e Informal de Apoio à População Idosa**

Um dos grandes problemas prementes no processo de envelhecimento é a dependência, que como qualquer outro fenómeno desta fase da vida é visto em primeiro lugar como o resultado de um declínio e uma deterioração, com perda do funcionamento mental e físico.

“Consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”<sup>19</sup>.

Em Portugal subsistem dois tipos de redes de suporte a situações de dependência:

- Rede informal - cuidadores informais - refere-se a elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos, colegas) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal<sup>20</sup>.
- Rede formal de Protecção Social, que inclui os serviços disponibilizados através de serviços e equipamentos sociais.

O panorama dos cuidados informais tem vindo a modificar-se devido a um conjunto de factores demográficos, que não é desadequado salientar:

---

<sup>18</sup> Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, Vol. 4, pág. 29, Fresenius Medical Care.

<sup>19</sup> Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de Julho (prestação pecuniária - Complemento por dependência).

<sup>20</sup> Ibidem, pág. 61.

- A redução na taxa de natalidade, que se repercute na diminuição do número de filhos;
- O aumento número taxa de divórcios, fazendo frequentemente diminuir proximidade física dos elementos da família;
- O aumento do número de mulheres com carreiras profissionais, que condiciona a sua disponibilidade para apoiar e ter a cargo doentes que necessitem de cuidados prolongados;
- O aumento da esperança de vida, que aumenta o número de anos em que este apoio é necessário;
- O aumento de população idosa, que aumenta o universo de pessoas a precisar de cuidados; Devido a alguns destes factores assistir-se-á a uma diminuição do número de familiares disponíveis para acompanhar os seus familiares doentes e as famílias que vão passar mais anos a cuidar dos seus pais do que dos seus filhos. A prestação de cuidados vai ser prestada de um modo frágil devido a uma menor disponibilidade dos membros da família para assumirem esse papel e os cuidadores típicos (filhos e cônjuges), serão também eles, velhos no momento do cuidar.

O acto de cuidar é uma actividade complexa com implicações a nível familiar, social e de saúde, pelo que os cuidadores principais necessitam de ajuda física, informação e apoio emocional para fazer face aos aspectos negativos da doença. Se por um lado se pode ter uma ideia do início da prestação de cuidados, por outro, jamais será possível prever a sua duração. “O Cuidador confronta-se com um conjunto de dúvidas que habitualmente estão relacionadas com o futuro e segurança dessa pessoa”<sup>21</sup>.

A doença é sempre uma situação de crise, que produz efeitos no doente e na família, podendo provocar sintomas e comportamentos, tais como sobrecarga, stress, fadiga, frustração, depressão, alteração da auto-estima. No entanto, também poderá representar uma fonte de satisfação, encarando-se esta prestação como uma oportunidade de expressar amor e afecto pelo familiar doente, afastando a eventual possibilidade de uma institucionalização, desenvolvimento de novos conhecimentos e crescimento pessoal.

---

<sup>21</sup> Sequeira, Carlos, Cuidar de Idosos Dependentes – Diagnósticos e Intervenções, Coleção Enfermagem, Ed.Quarteto, 1ª Edição, Setembro, 2007, pág. 125

A carreira do cuidador envolve três grandes grupos de necessidades:

- Materiais (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços)
- Emocionais (suporte emocional)
- Informativas (direitos, deveres, como efectuar os cuidados)

Convém, não obstante, referir que as necessidades do cuidador vão depender do grau de dependência do familiar e do seu estado de saúde, uma vez que o próprio cuidador pode, também, padecer ele mesmo de uma doença crónica, de não ter capacidade económica, ter uma actividade profissional e recorrer, ou não, aos serviços de apoio.

Segundo o estudo de **Avaliação das Necessidades Seniores**, realizado em 2008, o crescimento do sector de prestação de cuidados a idosos tem tendência a aumentar em consequência de um menor envolvimento das famílias e a uma maior receptividade das gerações mais novas em recorrer a serviços pagos e a uma situação de institucionalização.

Actualmente, o recurso às respostas formais é motivado pela redução do número de familiares disponíveis e com condições de exercer a tarefa de cuidadores, pelo que este tipo de apoios tem vindo a aumentar. Existem os seguintes equipamentos e serviços de apoio à população idosa: Acolhimento Familiar, Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Residência, Lar e Serviço de Apoio Domiciliário.

As respostas que têm tido maior investimento por parte do sector público são o Serviço de Apoio Domiciliário, Lar de idosos e o Centro de Dia, que em 2009 representavam cerca de 90% das respostas às necessidades dos idosos.

Em 2009 trabalhavam neste sector de apoio social a pessoas idosas (em Portugal Continental) mais de 70.760 profissionais, representando 2,3% da taxa de emprego no sector dos serviços e 1,4% da taxa total de emprego: 58,3% nas actividades de apoio social desenvolvidas em lares, residências, centros de acolhimento temporário de emergência, acolhimento familiar e centros de noite para pessoas idosas, e 41,7% nas realizadas em centros de dia e centros de convívio (Inclui serviços de apoio domiciliário).

No que concerne ao apoio a pessoas adultas em situação de dependência devemos referir a existência dos seguintes apoios:

### **Apoio Domiciliário Integrado (pessoas em situação de dependência)**

Integrado no âmbito da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Integrados) - resposta que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante 24 por dia e sete dias por semana.

### **Unidade de Apoio Integrado**

Resposta, desenvolvida em equipamento, que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas que, por motivo de dependência, não podem manter-se apoiadas no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar.

### **Serviço de Apoio Domiciliário**

Resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou actividades da vida.

Não existe qualquer tipo de serviços e equipamentos de apoio social cuja actuação incida especificamente sobre a população idosa com insuficiência renal crónica terminal. As respostas existentes são abrangentes e procuram dar resposta, de uma forma estandardizada, às necessidades globais da população idosa.

Até esta década não existiam respostas integradas de apoio à população idosa. Estas foram surgindo pelas necessidades decorrentes das alterações demográficas e novas realidades sociais. Em 1998 foi definido, pela primeira vez, um conjunto de orientações que vieram criar o que se entende por uma intervenção articulada das áreas da Saúde e da Acção Social. Considerados como um grupo-alvo maioritário, as pessoas idosas em situação de dependência, física, mental ou social, por ser o grupo mais susceptível, pelo natural processo de envelhecimento, a uma perda gradual de faculdades que as pode conduzir a situações de perda de autonomia.

Em 2006, pelo DL n.º 101/2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, porque “ verificaram-se carências ao nível de cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência das pessoas com doenças crónicas

incapacitantes. Estão assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado em fase final de vida”<sup>22</sup>.

Esta Rede é constituída por Unidades de Internamento: Unidade de Convalescença até 30 dias, Unidades de Média Duração e Reabilitação de 30 a 90 dias, Unidades de Longa Duração e Manutenção para internamentos superiores a 90 dias e Unidades de Cuidados Paliativos, para pessoas com doença em estado avançado e incurável; Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares: de gestão de alta e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e Equipas Domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados).

No que se respeita a relação entre insuficiência renal crónica terminal e a área dos cuidados paliativos, é de referir que grande parte dos doentes com esta situação de saúde acaba por vir a falecer em meio hospitalar, sem acesso a estes cuidados.

“Iniciar tratamentos de hemodiálise acima dos 75 anos, prolonga a sobrevivência quando comparado com terapêutica conservadora (sem acesso a hemodiálise), mas o número de dias de hospitalização e a incidência de infeções é muito superior no grupo tratado com diálise, pelo que o número de dias de sobrevida fora do hospital é idêntico. Nos doentes com co-morbilidade mais elevada, a longevidade pode até estar reduzida nos doentes que optaram por serem dialisados, por outro lado, a fase final da vida sem diálise, caracteriza-se por uma sonolência progressiva, ausência de apetite, mas em geral sem sinais de desconforto”<sup>23</sup>.

Sentindo-se esta lacuna no acompanhamento de doentes em situação terminal, uma Unidade de Hemodiálise em Lisboa desenvolveu um Projecto-piloto que procura disponibilizar aos seus doentes, este apoio de controlo sintomático e dignificação em fase final de vida, disponibilizando uma equipa de profissionais que acompanhará aqueles que decidam interromper os tratamentos de diálise, recorrendo a terapêuticas conservadoras, ou seja, através da suspensão dos tratamentos.

---

<sup>22</sup> Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, excerto do preâmbulo deste documento legislativo.

<sup>23</sup> Ponce, Pedro, Manual de Acolhimento e Intervenção em Doentes de Maior Risco e Fragilidade (Documento interno), 2010.

## 2.3 Competências na Área da Saúde e na Área Social

Para lidar e cuidar de pessoas idosas com insuficiência renal crónica, é necessário que os profissionais que acompanham e lidam diariamente com esta população possuam competências técnico-profissionais, sociais e comportamentais que os habilitem a prestar esses cuidados.

Este subcapítulo terá como ponto de partida o estudo da União Europeia “*Comprehensive analysis of emerging competences and economic activities in the European Union in the Health and Social Services Sector*”, cujo objectivo principal foi a abordagem das competências e da criação de trabalho até 2020, considerando as áreas da Saúde e dos Apoios Sociais, enquanto sector mensurável pelos custos gerados e pela taxa de emprego criada. Decorrentes desta abordagem foram identificadas três categorias profissionais envolvidas no acompanhamento e no cuidar de pessoas com doença renal crónica: os médicos nefrologistas, os profissionais da área da enfermagem e os profissionais da área de serviço social.

O mesmo estudo identifica também competências chave a desenvolver para os vários tipos de áreas profissionais, tendo sido criada a EQF (National Qualification Systems) que permite homogeneizar a terminologia a adoptar para os vários estados europeus.

*“Competence means the proven ability to use knowledge, skills and personal, social and/ or methodological abilities, in work or study situations and in professional and personal development. In the context of the European Qualifications Framework, competence is described in terms of responsibility and autonomy”<sup>24</sup>.*

As competências aparecem geralmente identificadas por Clusters, reunindo cada um deles um conjunto de competências. Os Clusters considerados no estudo a.m. foram os seguintes:

Gestão Pessoal/ Planeamento – Gestão do stress e do tempo, flexibilidade e polivalência. Capacidade de Resolução de Problemas – Interdisciplinaridade, criatividade, capacidade de análise.

Competências Sociais – Trabalho em equipa, rede de contactos de trabalho, interculturalidade, sensibilidade/percepção social (ouvir/ avaliar).

---

<sup>24</sup> Investing in The Future of Jobs and Skills, Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and Knowledge needs, May 2009, pág. 68.

Empreendedorismo – iniciativa, conhecimento do negócio, perspicácia, conhecimento da relação fornecedor/ cliente.

Conhecimentos Técnicos – Conhecimentos legislativos, contratuais, *e-skills*.

São também traçados nesse relatório, cuja reflexão assenta sobre antecipação de futuras competências e a necessidade de aquisição de novos conhecimentos nestes sectores, três cenários onde são espectáveis mudanças que provoquem alterações na estrutura das funções. Nestes estão presentes outros factores com influência nas modificações para além do envelhecimento populacional, que levam a estas alterações no sector da saúde e na área social como sejam: o aumento de empregabilidade nestas áreas profissionais, que surge como resultado do aumento orçamental para este sector, as novas terapias e tecnologias médicas, a necessidade de providenciar serviços mais personalizados e uma aproximação integrada no curar e no cuidar.

#### **Cenários traçados para o Serviço Social e Cuidados de Saúde:**

Os cenários descritos são os esperados para este Sector na Europa até ao ano de 2020 e, em vez de serem efectuadas previsões baseadas num modelo, estes cenários criados são fruto de opiniões de especialistas e baseados na interacção de factores exógenos ao sector, tais como o envelhecimento, a escala da tecnologia e a sua capacidade de substituição da componente humana, os estilos de vida adoptados e os rendimentos. São ainda tidos em conta factores endógenos que envolvem o Mercado de Trabalho, a Regulação do Mercado dos Cuidados de Saúde e a Qualidade das Instituições.

#### **Nascem, assim, três possíveis cenários:**

**“Care Central”** – cenário no qual, e como em todos os outros, o envelhecimento tem um papel fundamental, mas em que a Tecnologia vem substituir os técnicos mais ou menos qualificados, e exemplo disso são as formas especiais de robótica (resultando em menos trabalho humano), cirurgia minimamente invasiva que reduz largamente o tempo de reabilitação e internamento. Ao nível Farmacêutico os medicamentos e a sua evolução, vêm permitir substituir algumas intervenções cirúrgicas e consequentes internamentos, sendo esperado um claro aumento de eficiência.

Simultaneamente apresenta-se uma situação de decréscimo socioeconómico e financeiro, derivado de um fraco crescimento nos rendimentos nos próximos anos,

verificando-se uma redução na procura de cuidados de saúde especializados – os cuidados de saúde formais são usados apenas quando os informais não estão disponíveis. Isto tem especial impacto nos cuidados de saúde residenciais, em que os mais velhos e necessitados estão tantas vezes ao cuidado de familiares nas suas próprias casas, e serviços sociais em que os amigos e a família são mais eficazes na resolução dos problemas sociais.

**“Care Gap”** – a principal diferença está no aumento da procura e investimento associado e derivado, essencialmente, do aumento da idade e dos rendimentos. Os Estilos de Vida neste cenário condicionam fortemente a procura e, fundamentalmente, o estilo de serviços que é procurado – alta qualidade é procurada e os cuidados especializados são considerados como essenciais e “comuns” resultando no quase desaparecimento dos cuidados considerados de segunda classe. Em consequência, os cuidados alicerçados nas Tecnologia desenvolvem-se muito rapidamente, os serviços são largamente usados e os cuidados residenciais crescem exponencialmente. A Regulação é ainda limitada, sendo que o balanço entre a procura e a oferta é ainda desequilibrado, e a inflexibilidade do Mercado de Trabalho é ainda um obstáculo, com poucos prestadores de serviços especializados nos sectores da Saúde e Serviço Social. As listas de espera crescem e o sector sofre as consequências dessa desregulação, com instituições de fraca qualidade incapazes de dar resposta aos problemas com que se deparam.

**“Flex Care”** – aqui o *upgrade* deve-se essencialmente a factores endógenos ao Sector – são implementadas políticas de prestação de serviços e o mercado de trabalho torna-se mais flexível, o que facilita na acomodação da crescente procura de cuidados de saúde especializados e de qualidade. Em consequência da regulação do sector, as unidades de cuidados de saúde são agora de maior qualidade e cada vez mais habilitadas a fazer face aos diferentes desafios, com trabalhadores especializados e, com flexibilidade de mobilidade, se necessário. O sistema é claramente regulado e orientado pela procura, procura esta que aumenta devido ao crescente envelhecimento da população, ao aumento dos seus rendimentos e estilo de vida mais sofisticado. A regulação é usada para incremento da eficiência independentemente da liberalização e/ou privatização dos cuidados de saúde.

Nestes cenários, à **classe Médica** é exige-se o desenvolvimento de competências que visem garantir que os cuidados médicos prestados aos seus pacientes sejam efectuados de forma adequada. As competências a desenvolver são as seguintes:

**E-skills** - para lidar com o crescente aumento do papel da tecnologia na prática clínica, nas questões relativas à internet e na informatização dos processos clínicos; boas capacidades de comunicação, atendendo a que os próprios pacientes também o exigem, pelo que aumentam estas competências; capacidade de análise para resolver problemas de forma rápida e adequada; planeamento e gestão para diminuir tempo de espera dos doentes; criatividade para lidar com as dificuldades; trabalho em equipa e conhecimentos técnicos para responder às tarefas exigidas de forma adequada, entre outros.

Para os profissionais da **área da Enfermagem** espera-se o desenvolvimento de competências tecnológicas, para saberem lidar com equipamentos de diagnóstico e tratamento e na informatização de processos clínicos dos doentes; conhecimentos de TIC para contactar com os doentes; capacidade de comunicação; interculturalidade; sensibilidade social para assimilar que nos cuidados de saúde é necessária uma atitude de compreensão social; conhecimentos técnicos para utilizar as novas ferramentas de trabalho de forma correcta; trabalho em equipa, e planeamento.

Ao nível da **área social**, prevê-se o aumento da procura desta categoria profissional em todos os cenários, que tornará as suas competências mais abrangentes e necessárias: Ao nível das competências sociais, inclui-se o aumento do trabalho em rede e parceria; E-skills para utilizar os dossiers clínicos informatizados e internet para contactar com os seus utentes; Conhecimentos ao nível legislativo; capacidade de resolução de problemas e gestão; Conhecimento de outras línguas e interculturalidade conveniente à crescente diversificação de clientes.

Atendendo a estas competências fundamentais, e procurando transpor estas competências para um contexto muito específico de saúde como é a insuficiência renal crónica terminal, seguem, a título descritivo os objectivos e as componentes para cada área profissional: Médicos Nefrologistas, Enfermagem e Serviço Social.

### **Competências na área de Enfermagem**

No **artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril), encontra-se definido que “A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está

integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Pelo **Regulamento n.º 122/2011 no Artigo n.º 3 alínea b)** que regulamenta as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, encontram-se definidas as competências específicas no “Competências específicas”, “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

O exercício profissional da enfermagem centra-se no estabelecimento de uma relação terapêutica entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) e insere-se num contexto de actuação multiprofissional. A sua intervenção pode ser interdisciplinar, quando iniciadas por outros técnicos da equipa (exemplo prescrições médicas) ou ter uma intervenção autónoma, quando iniciada pela prescrição do enfermeiro, assumindo nesse caso a responsabilidade da implementação técnica da intervenção. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) e, na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, produzindo guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem – *guidelines* – que constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais estão previstos no código deontológico da boa prática de enfermagem.

Não existe uma especialidade de enfermagem em nefrologia, os enfermeiros que seguem esta via alicerçam os seus conhecimentos em resultado de formação contínua e participação em congressos, seminários, sendo que só recentemente foi criada a pós-graduação nesta área, em Enfermagem e Técnicas Dialíticas. Cada unidade privada de hemodiálise define o perfil necessário e o conjunto de funções inerentes a esta categorial profissional.

Encontra-se explanado no Decreto-Lei n.º 505/99 de 20 de Novembro, art.º N.º 38 que compete aos Enfermeiros executar as técnicas dialíticas e terapêuticas de acordo com as normas gerais da sua profissão e as normas técnicas em vigor, devendo possuir uma prática dialítica não inferior a três meses. Compete-lhes também cumprir

as prescrições médicas; Cumprir e velar pelo cumprimento das normas técnicas e comportamentais em vigor; Zelar pelo bem-estar dos doentes; e Exercer as funções técnicas ou de coordenação para que for designado pelo enfermeiro-chefe.

Para o desenvolvimento da sua função são-lhes requeridas competências técnicas como seja o domínio e conhecimento das técnicas dialíticas e cultura tecnológica; e competências sociais, como sejam capacidades sociais e relacionais.

### **Competências na área Social**

“A profissão de Serviço Social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar. Ao utilizar teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o Serviço Social intervém nas situações em que as pessoas interagem com o seu meio. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o Serviço Social.” - *Código de Ética, Ética no Serviço Social - Declaração de Princípios - Março de 2007.*

Na sua intervenção procuram o desenvolvimento de capacidades e competências sociais junto de pessoas ou grupos a três níveis:

- Cognitivo (do conhecimento), orientando, incentivando e fornecendo informação sobre o funcionamento da sociedade e encaminhando-os para a melhor forma de utilizarem os seus recursos;
- Relacional, estimulando novas formas de comunicação e expressão, facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais;
- Organizativo, promovendo e desenvolvendo a capacidade organizativa dos indivíduos e grupos, organizações e outras estruturas sociais;

De uma maneira geral, podemos dizer que são estas as principais funções:

- Detectar as necessidades gerais de um indivíduo, família ou grupo (processo designado por diagnóstico da situação);
- Reunir informações necessárias para dar resposta às necessidades dos indivíduos e grupos e aconselhar sobre os seus direitos e obrigações;

- Fazer atendimento aos indivíduos no âmbito de um determinado organismo ou instituição, encaminhando-os para as diversas entidades públicas e/ou privadas que podem auxiliá-los na resolução dos seus problemas (autarquias, escolas, serviços da Segurança Social, associações de solidariedade social, etc.);
- Incentivar os indivíduos, famílias e outros grupos a resolverem os seus problemas, tanto quanto possível através dos próprios meios, promovendo uma atitude de autonomia e participação.
- Colaborar na definição e avaliação das políticas sociais, com base nos conhecimentos obtidos através de estudos que efectuam junto de determinada população, para melhor adequação entre as medidas de política social e os direitos reconhecidos aos cidadãos.

Por não existir na área social uma especialização específica na área da insuficiência renal crónica, a intervenção destes profissionais é geralmente integrada na valência da área da saúde em hospitais e Centros de Saúde, ou em Clínicas privadas, onde a sua presença é obrigatória regulamentada pelo DL n.º 505/99 de 20 de Novembro.

No desenvolvimento da sua função são necessárias competências técnicas (licenciatura), competências sociais, capacidade de trabalho em equipa e capacidade de comunicação.

### **Competências na área Médica**

Na área médica, a literatura especializada sobre as competências médicas em nefrologia remete-nos para as **Recomendações da Sociedade Americana de Nefrologistas**, e que não foram subscritas por Portugal, estando esta temática neste preciso momento ser revista aguardando-se brevemente a publicação a nível nacional das competências médicas dos nefrologistas.

Importa no entanto mencionar as suas funções, definidas no Decreto-Lei n.º 505/99 de 20 de Novembro:

- a) O tratamento e a vigilância clínica dos doentes que lhes estão atribuídos;

- b) Supervisionar o ensino e o treino dos doentes que lhes estão atribuídos que se encontrem em programa de hemodiálise de cuidados aligeirados, de hemodiálise domiciliária ou de diálise peritoneal crónica bem como dos seus auxiliares;
- c) Informar o director clínico sobre a situação clínica dos doentes que lhes estão atribuídos, sempre que o considerarem necessário ou sempre que por aquele solicitado;
- d) Coadjuvar o director clínico nas suas funções e exercê-las quando para tal são designados;
- e) Substituir o director clínico nas suas ausências ou impedimentos quando para são designados.

### 3. Questão de Estudo

O presente estudo de caso tem como objectivo primordial abordar duas questões principais:

- Conhecer as linhas de tendência de evolução da Insuficiência Renal Crónica Terminal;
- E verificar qual ou quais serão as competências a desenvolver neste sector em termos de melhoria na prestação de cuidados e de apoio a pessoas com mais de 65 anos e suas famílias, quando em situação de dependência atendendo ao horizonte 2020.

#### 3.1. Metodologia

O desenho metodológico desta investigação, de cariz qualitativo, baseia-se no desenvolvimento e análise de um Estudo de Caso. Esta metodologia caracteriza-se por procurar compreender e explorar uma causa ou causas de um determinado acontecimento/fenómeno; e/o processo ou processos que motivam ou desencadeiam esse fenómeno e que permitem explicar o mesmo e a forma como os sujeitos compreendem e interpretam a sua realidade social (comportamentos, decisões, crenças, valores, representações);

O instrumento de investigação escolhido para a recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e aplicada de forma presencial. O estudo utiliza como técnicas de recolha de dados a análise documental e a análise de conteúdo.

#### 3.2. Amostra

Os sujeitos do estudo foram seleccionados a partir dos seguintes critérios:

- Serem portadores de insuficiência renal crónica, estarem ou terem passado por um programa regular de tratamentos de hemodiálise;
- Serem familiares de utentes com esta doença;
- Serem profissionais da área social a trabalhar com insuficientes renais crónicos e/ou população idosa em situação de dependência;
- Serem profissionais da área da saúde a trabalhar com insuficientes renais crónicos;

- Consentirem participar no estudo;

A partir desses critérios, foram seleccionados para a abordagem:

- Seis profissionais de saúde: três médicos e três enfermeiros;
- Três profissionais da área social;
- Dois utentes e respectivas famílias;
- Uma esposa, cuidadora informal de utente em situação terminal;
- Um utente com menos de 55 anos, mas em situação de dependência.

### 3.2.1. Caracterização da amostra

#### **Profissionais da Área da Saúde a entrevistar:**

- Médica Nefrologista há 34 anos a acompanhar IRCT em programa regular de hemodiálise e também em consultas num Hospital Central em Lisboa;
- Médica de Medicina Familiar num Centro de Saúde há mais de 25 anos a acompanhar IRCT em clínicas de hemodiálise;
- Médico Nefrologista, Director Clínico, há 32 anos a acompanhar IRCT;
- Enfermeiro, responsável de turno na clínica de hemodiálise, a trabalhar no serviço de urgências de um Hospital Público em Lisboa e a frequentar mestrado na área da Gestão hospitalar;
- Enfermeira a trabalhar com IRCT em programa regular de hemodiálise na Clínica e num Centro de Saúde na Rede de Cuidados Continuados;

#### **Profissionais da Área Social a entrevistar:**

- Técnica Superior de Serviço Social, ex-directora de um Gabinete de Serviço Social num Hospital Público, actualmente reformada, mas a acompanhar IRCT desde há mais de 30 anos numa Clínica de Hemodiálise;
- Técnica Superior de Serviço Social a trabalhar num IPSS como Gestora de Processo na área do Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia.

- Técnica de Política Social, a trabalhar num Centro de Saúde em Lisboa com funções na Rede de Cuidados Continuados.

#### **Utentes e respectivos familiares a entrevistar:**

- Utente de 53 anos, professor, árbitro de esgrima, anteriormente em diálise peritoneal, tendo iniciado em 2009 programa regular de diálise; diabético e amputado de uma perna;

Utente de 53 anos em tratamentos de hemodiálise desde 1974, semi-dependente, professora no activo, com doutoramento/ Mãe da utente;

- Utente de 65 anos, Engenheiro reformado por invalidez; Iniciou tratamentos em 1998, foi transplantado e rejeitou transplante em 2007 altura em que retomou programa regular de tratamentos/ Mulher

- Mulher de um utente de 77 anos, diabético em situação terminal, a fazer tratamentos há dez anos;

### **3.2. Instrumento**

Para a realização das entrevistas foi utilizado para a recolha de dados um guião de entrevista e um gravador, como forma de registar toda a entrevista. Foi redigido um documento de consentimento informado para os utentes, famílias e profissionais de saúde.

### **3.3. Procedimento**

Os participantes foram contactados alguns presencialmente, pela investigadora no local de trabalho, outros por contacto telefónico. Após ser dado o consentimento foi acordada uma data realização da entrevista. Esta foi anónima, não referindo o nome, ou identificação da instituição onde decorreu o estudo.

### 3.4. Definição de Conceitos Operacionais

Com o objectivo de reduzir potenciais ambiguidades no entendimento de todas as pessoas envolvidas ao longo do estudo, foram adoptados certos conceitos e definições. Foram:

**Competências** - Conjunto de conhecimentos e saberes, e a capacidade de mobilizar, para realizar uma actividade, uma função ou tarefa específica. Inclui a capacidade de antecipar os problemas, de avaliar as consequências das acções desenvolvidas e de participar na melhoria dos processos em que intervém. (INE)

**Emergent skills needs** are defined here as the change in skills that is needed to be capable of adequately fulfills a certain Job function in the future. Addressing emergent skills is needed in order to avoid skills shortage or skills in the future<sup>25</sup>.

**Competências Técnico-profissionais** - Competências comportamentais e competências de liderança e de gestão (exemplo de competências: ser agente de mudança – credibilidade, determinação, saber comunicar, trabalhar em equipa, inovação, capacidade de análise, respeito pelos outros, etc.).

**Curso de Formação Profissional** - Programa estruturado de formação que visa proporcionar a aquisição de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e formas de comportamentos necessários para o exercício de uma profissão ou grupo de profissões com objectivos, metodologia, duração e conteúdos programáticos bem definidos.

**Novas Competências de Base** - As novas competências que, associadas às competências de base são necessárias para funcionar na sociedade contemporânea. Abrangem os seguintes domínios: tecnologias de comunicação e informação (TIC), línguas estrangeiras, cultura tecnológica, espírito empreendedor e capacidades sociais e relacionais.

**Qualificação Profissional** – Conjunto de competências profissionais que permitem exercer um conjunto de actividades profissionais. São adquiridas mediante a formação ou através da experiência e podem ser formalmente adquiridas. (INE)

---

<sup>25</sup> Ibidem.

**Key competences for lifelong learning** - are a combination of Knowledge, skills and attitudes appropriate to the context. They are particularly necessary for personal fulfillment and development, social inclusion, active citizenship and employment.(Recommendation of the European Parliament – Official Journal L394 of 30.12.2006).

**Dependência** – “ Estado em que se encontram alguns indivíduos que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Actividades da Vida Diária”. (União Europeia (EU), Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados Membros relativa à Dependência, 1998.

**Categoria profissional** – Posição que o pessoal ocupa no âmbito de uma carreira, fixada de acordo com o conteúdo e qualificação de função ou funções.

**Perfil Profissional** – Conjunto de características de uma determinada figura profissional. Corresponde a uma profissão, a um grupo de profissões afins ou a um posto de trabalho. Explícita ainda as competências, as atitudes, os comportamentos necessários para exercer determinada actividade (INE).

### 3.5. Guiões de Entrevista

Atendendo a que os grupos de sujeitos a entrevistar são de áreas profissionais diferentes e as abordagens poderão apresentar algumas diferenças, foram também construídos quatro guiões com o objectivo de manter a máxima coerência: Guião de Entrevista para Profissionais de Saúde, Guião de Entrevista para Profissionais da Área Social, Guião de Entrevista para Utentes e Guião de Entrevista para Familiares de Utentes.

Os guiões de entrevistas para os profissionais da área da saúde e área social seguem quatro pontos-chave: caracterização dos entrevistados, formação de base, o futuro da formação na sua área e recolha de uma opinião prospectiva sobre o desenvolvimento de competências na área da saúde e da área social para pessoas idosas dependentes ou com insuficiência renal crónica. Os guiões dirigidos aos utentes e familiares abordam o modo como é vivenciada esta doença, a utilização ou não de recursos da comunidade face a uma situação de dependência e uma opinião sobre respostas de apoio para a população idosa e com insuficiência renal crónica.

### 3.5.1. Guião de Entrevista: Profissionais da área da Saúde

#### 1. Informação Contextual

- a. Género;
- b. Idade;
- d. Profissão/ função;

#### 2. Insuficiência Renal Crónica

- a. Tempo a lidar com o problema IRCT;
- b. Opinião sobre a evolução desta doença, num horizonte de dez anos, junto da população com mais de 55 anos e população idosa e as doenças que lhe estão associadas (diabetes, problemas cardíacos, hipertensão)
- c. Como fundamenta a sua opinião.
- d. Considera que haverá muitos idosos de outras raças com esta doença, nomeadamente PALOP.

#### 3. Especialização em Nefrologia

- a. Tempo que demora a especialização nesta área
- b. Como evoluiu a formação nesta área, que competências foram desenvolvidas (aprendizagem línguas, criatividade, informática...)
- c. Se existem carências de formação e quais são.

#### 4. Futuro da formação

- a. Existirá necessidade de definição de perfis mais adequados às funções;
- b. Quais as categorias profissionais e competências que considera importantes existirem ou serem desenvolvidas para dar resposta a este problema saúde (exemplo: área paliativos)

#### 5. Em Situação de Dependência

- a. Opinião sobre respostas integradas na área da saúde e social (RNCCI)
- b. Principais necessidades de apoio para IRCT;
- c. Formação de cuidadores informais, quais áreas a ensinar

#### 6. Olhar prospectivo (tendência de formação)

- a. O que gostaria que fosse feito ou melhorado em termos de formação, desenvolvimento de competências no apoio a pessoas idosas e/ou com insuficiência renal

### 3.5.2. Guião de Entrevista: Profissionais da Área Social

#### 1. Informação Contextual

- a. Género;
- b. Idade;
- d. Profissão/ função;

#### 2. Insuficiência Renal Crónica e situações de dependência

- a. Tempo a lidar com o problema IRCT;
- b. Daqui a dez anos como vê que vai ser a evolução desta doença junto da população com mais de 55 anos e população idosa; outras raças;
- c. Como fundamenta a sua opinião.
- d. Dificuldades e necessidades respostas de apoio social;

#### 3. Alterações da estrutura familiar:

- a. Necessidade de formar famílias para dar resposta às alterações b. Dificuldades e necessidades respostas de apoio social;

#### 4. Futuro da formação:

- a. Existirá necessidade de definição de perfis adequados às funções;
- b. Necessidade de criar categorias profissionais ou desenvolver outras competências e quais  
(aprendizagem línguas, criatividade informática...);
- c. Quais as categorias profissionais e competências que considera importantes existirem ou serem desenvolvidas para dar resposta a este problema saúde (exemplo: ajudantes familiares com competência para medir tensão);

#### 5. Olhar prospectivo (tendência de formação)

- a. O que gostaria que fosse feito ou melhorado em termos de formação e desenvolvimento de competências no apoio a pessoas idosas e/ou com insuficiência renal e respostas sociais.

### 3.5.3. Guião de Entrevista: Utentes

## **1. Informação Contextual**

- a. Género;
- b. Idade;
- c. Escolaridade;
- d. Situação face ao trabalho;

## **2. Insuficiência Renal Crónica**

- a. Tempo a lidar com o problema IRCT;
- b. Outros problemas de saúde;

## **3. Em situação de Dependência:**

- a. Principais necessidades de apoio;
- b. Como é vivenciada;

## **4. Comunidade:**

- a. Opinião sobre respostas de apoio social;
- b. Já utilizou, se utilizaria;
- b. Dificuldades e necessidades;

## **6. Como vê a actuação dos profissionais de saúde**

- a. Quais as competências que devem ter;

**7. Olhar prospectivo** - o que gostaria que fosse feito ou melhorado em termos de respostas na área da saúde e/ou na área social para população idosa e com insuficiência renal crónica terminal (abordar cuidados paliativos)

### **3.5.4. Guião de Entrevista: Familiares de utentes**

## **1. Informação Contextual**

- a. Género;
- b. Idade;

c. Escolaridade;

d. Situação face ao trabalho;

## **2. Insuficiência Renal Crónica**

a. Tempo a lidar com o problema IRCT;

## **3. Situação de Dependência:**

a. Como é vivenciada;

b. Principais necessidades e dificuldades de apoio à família;

a. Opinião sobre respostas de apoio social;

b. Se já utilizou/utiliza, se utilizará

## **4. Necessidades de Formação para Família**

**5. Olhar prospectivo** - o que gostaria que fosse feito ou melhorado em termos de respostas na área da saúde e/ou na área social para dar apoio a população idosa e com insuficiência renal crónica terminal (abordar cuidados paliativos);

## 4. Análise das Entrevistas

Inicia-se esta análise com frases-chave de alguns profissionais e utentes sobre o tema do estudo de caso:

“Não há idoso sem alteração da função renal, pode ou não ter esta evolução para hemodiálise, o que podemos fazer é prevenção.»

“Não há envelhecimento sem a deterioração da função renal.”

“Doentes idosos em diálise é a pior associação que pode haver, ser velho e estar em diálise, juntando a isso ter uma família longe ou escassa, dificuldades financeiras, é uma mistura explosiva, por aí há muito a fazer.”

“Envelhecer acontece a todos nós, o insuficiente renal precisa de ter alguém competente que olhe para ele como pessoa, e não apenas como um doente. É doente mas precisa que olhe para ele como pessoa. Que cuide dele com competência, quer com tecnologia quer com humanidade.”

“Sem dúvida, nós seremos grandes clientes dessa realidade (cuidados continuados).”

“Insuficiência Renal Crónica é uma fatalidade! Temos que pensar que há pior! Temos de pensar que temos de ter uma estratégia para viver com hemodiálise. Para ter rigor é necessário esclarecimento e informação. O transplante já não é hoje uma alternativa linear face à actual qualidade de diálise e as consequências da imnosupressão.”

“Desenvolvimento de competências, difícil, atendendo a que o paciente tem de ter uma actividade pró-activa em relação à diálise. Não chega informar. É necessário que o paciente esteja interessado em conhecer a realidade em que vive.”

“A humanização é saber e conseguir fazer o que pretendemos de forma a que essa pessoa fique a compreender o que pretendemos dizer. Tendência para o futuro:

apostar na área da comunicação, cuidar do idoso e tentar enquadrar as famílias destes doentes numa lógica dentro da própria família.”

“Para bem envelhecer seria desejável ter saúde, com insuficiência renal crónica temos muito a reaprender para estar bem».

Uma vez que os guiões de entrevistas são diferentes, a apresentação de resultados terá apenas um corpo comum centrado na questão sobre as previsões de evolução e incidência desta doença na população portuguesa no horizonte temporal de dez anos e o seu aumento em outras raças, questão que era colocada aos profissionais de saúde e aos profissionais da área social.

Relativamente a esta questão, encontramos unanimidade nas opiniões de todos no sentido de ser expectável o aumento desta doença, como resultado directo do aumento da esperança de vida. Seguem as opiniões que foram expressas:

“Vai haver um aumento do número de doentes insuficientes renais crónicos em hemodiálise, quer em diálise quer em ambulatória, que é a convencional, ou em diálise peritoneal.”

“O número de pessoas com esta doença vai aumentar porque o tempo médio de vida tem vindo a aumentar, e o próprio envelhecimento trás insuficiência renal; são pessoas muito mais sensíveis às agressões do dia-a-dia, e também um aumento de doentes diabéticos e de problemas de hipertensão arterial. A população de um modo geral come mal e não tem cuidado com o que come.”

“Sim, inevitável, não há nenhuma situação que venha contrariar isso. O aumento da esperança de vida é evidente; Está comprovado cientificamente que o nosso rim aos trinta anos começa a diminuir a sua função.”

“O declínio da função renal verifica-se em qualquer pessoa independente dos hábitos de vida que tenha tido, pelo que a insuficiência renal acaba por ser mais uma consequência de doenças, o que acontece é que por vezes os doentes desenvolvem

algumas patologias crónicas que, para além disso estão associados a factores de predisposição como seja a diabetes e os problemas cardíacos.”

“Nós, sociedade, temos capacidade de responder às doenças através de medicamentos e conseguimos prolongar a vida dessas pessoas, mas o prolongamento da vida dessas pessoas leva a que, de futuro, outras falências existam dentro desse enquadramento.”

“Acho que sim devido ao aumento de esperança de vida e eficácia de cuidados médicos, ora isso não significa qualidade de vida”.

“A doença renal crónica, não está para desaparecer nos próximos tempos, ainda que a sua incidência no mundo ocidental não esteja a evoluir tanto como algumas pessoas pretendem fazer crer; claramente o grupo etário que mais cresce em insuficiência renal crónica terminal são as pessoas acima dos 75 anos, e isso é uma verdade indiscutível, pois antigamente morriam e agora não, e portanto as necessidades e os problemas levantados por este grupo etário vão obrigar a prestarmos a nossa assistência de forma adaptada mais imaginativa e com alternativas ao único tratamento que oferecemos aos mais novos”.

“Há tendência a aumentar porque cada vez as pessoas vivem mais anos e há doenças que a população continua a achar que não são para controlar, nomeadamente o controle da diabetes, da hipertensão, da tensão arterial; como são doenças que não doem, desleixam os hábitos de vida, a alimentação, a actividade física, a toma da medicação, chegando a abandonar a toma da mesma, por razões económicas; na hipertensão os doentes que são sintomáticos, tendem mais a cumprir a terapêutica que lhes é prescrita, mas depois facilmente abandonam ou nem sequer adoptam os hábitos alimentares que se lhes solicita para fazer ou a actividade física, encontram sempre uma desculpa para não fazer, ou por tempo ou porque já não tem dores, dizendo também que já não têm idade para andar a fazer ginástica, que é fundamental”.

“Como a saúde está em crise, as pessoas estão a escolher quais as prioridades a investir, fazendo uma opção alimentar não pela qualidade mas pela quantidade, pelo mais barato. Outra questão a salientar é a do facto dos médicos de família serem menos nos centros de saúde, que são os que acompanham efectivamente os primeiros sintomas; ( ...) “vão entrar mais casos em situação aguda por via hospitalar do que por consultas, e em estágio avançado da doença crónica renal”.

“Sinto que o aumento médio da esperança vida trás consequências a nível físico e acompanhamento médico, pois antigamente morria-se sem saber do que se morria; hoje em dia descobrem-se as doenças e prolonga-se a vida, a insuficiência renal é uma doença que se tem estado manifestado com pessoas de 40, 50 anos ainda não em situação de diálise.”

No que diz respeito à evolução do número de pessoas com insuficiência renal crónica de outras raças, nomeadamente oriundos de países de língua portuguesa, estas foram as opiniões dos profissionais:

“Atendendo a que a Europa tem abertas as fronteiras há maior fluxo migratório, no entanto, espera-se que daqui a vinte anos não haja tantos PALOP a vir para Portugal pois espera-se que os respectivos países se dinamizem no sentido de criarem condições para que se faça diálise nos respectivos países. Não faz sentido que as pessoas tenham de se deslocar para um país que tem menos recursos económicos de onde são oriundos.”

As pessoas são cada vez mais velhas, os PALOP têm dois grandes problemas de saúde que são a hipertensão e a obesidade, pelo que possivelmente vão acompanhar este perfil de evolução.”

“Vão evoluir conforme o poder económico dos seus países, em Angola e potencialmente em Moçambique vamos ver um explosão de pessoas a fazer diálise no país deles. Nos países mais pobres vai ser mais complicado, os operadores não vão

estar preocupados a investir nesses países pois sabem que esses países não tem capacidade económica para pagar, e Portugal vai ter de os continuar a receber.”

#### 4.1. Análise das Entrevistas: Médicos

No quadro seguinte encontra-se caracterizada a amostra dos entrevistados da área médica. Três são do género feminino e um do género masculino. A média de idades é de 57,6 anos e a média de tempo a acompanhar indivíduos com doença crónica renal é de 31 anos.

Género	Idade	Tempo de trabalho com dependência/ HD	Escolaridade	Função
F	55	24	Licenciatura Medicina Familiar	Médica Residente e Médica de Família
M	57	34	Médico Nefrologista	Director Clínico
F	61	36	Médica Nefrologista	Médica Coordenadora numa Clínica e com actividade num Hospital Público

Quadro n.º 1. Caracterização da Amostra de Profissionais da área Médica

Para a classe médica, a especialização na área da nefrologia tem evoluído muito, quando comparada com o contexto da saúde de há trinta anos, o que implicou obrigatoriamente que os médicos que se especializaram nesta área tivessem que estudar noutras línguas, ler e frequentar cursos, necessidades também decorrentes da evolução do percurso profissional. Consideram que em Portugal de modo geral, a formação de nefrologistas é bastante boa e se prestam cuidados de excelência nesta área, chegando a estarem equiparados ao que há de melhor no mundo ao nível da prestação de cuidados de diálise com qualidade. A nefrologia foi-se adaptando e especializando dentro do grupo de doenças que necessariamente trata, tanto que hoje em dia existem consultas das várias áreas (hipertensão, vasculites, rins poliquísticos).

A título ilustrativo desta adaptação e especialização crescente foi referido que a técnica nefrológica é sempre a diálise ou diálise peritoneal, mas que neste momento os nefrologistas estão a tentar introduzir as outras técnicas que são importantes, por exemplo o acesso vascular.

É referida por todos a importância da formação ao longo da vida, que deve ser uma preocupação não só de nefrologistas mas também de toda a classe médica em geral. Como um dos entrevistados refere, “nunca se pode estar satisfeito há sempre alguma coisa a melhorar”, “as necessidades formativas existirão sempre, pois as competências médicas vão se modificando conforme as necessidades vão surgindo”.

São referidas como competências a desenvolver: a área da informática e a área da comunicação.

Um dos entrevistados refere que “transmitir informação aos próprios doentes e às suas famílias de forma suficientemente homogénea, uniforme, e que seja compassiva é complicado, pois é muito difícil criar normas e sensibilizar cada um”.

Ao nível das reuniões de equipa, esta é igualmente uma área importante a abordar pois deveriam “discutir casos concretos, sendo que em medicina se está sempre a falar de casos abstractos, e discuti-los deixa mais marca, e depois para quem esteja menos há vontade, médicos e enfermeiros, é mais fácil falar do que se conhece”.

Encontramos como vector comum nas suas respostas o considerar que a área da hemodiálise já está suficientemente desenvolvida, não se podendo criar mais categorias profissionais, mas sim antes desenvolver competências. Foi dado o seguinte exemplo: O técnico não saber só montar máquinas, saber também falar com o doente e poder participar, o técnico tem de ter uma outra formação, ter outra visão sobre o que é a insuficiência renal crónica.

No que respeita a formação na área dos paliativos houve respostas diferenciadas:

“Deverá ser uma formação para todas as especialidades”.

“O nefrologista, não precisa saber muito, propriamente desta área, o que se exige, é um olhar crítico para o doente pois este tem outros problemas, e pensar se vamos ser agressivos e continuar a tratar este idoso com este problema, ou vamos deixar evoluir calmamente a situação clínica.”

“Por experiência de vida e não como formação particular”.

No que respeita o ponto n.º 5 do guião, sobre respostas integradas das áreas da saúde e social, um entrevistado respondeu ser muito importante e básica esta articulação, referindo que “oferecer ao doente um tratamento que custa e depois este não ter uma casa, ou não conseguir tomar banho, é uma realidade a analisar. Considero que a diálise é aquilo que é o mais fácil de dar, tudo o resto eles não têm.”

Para o mesmo entrevistado os doentes idosos em diálise “são a pior associação que pode haver, ser velho e estar em diálise, juntando a isso ter uma família longe ou escassa, dificuldades financeiras, é uma mistura explosiva”.

Outro entrevistado questionado sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), refere que foi um avanço, que a rede em si foi bem pensada, mas que no imediato mostrou ser insuficiente, e criou situações em que o doente teve de ser afastado da família porque a disponibilidade da rede não corresponde há procura, e por vezes em locais longe da área de residência. No entanto, de grande relevância o comentário que “sem dúvida nós seremos grandes clientes dessa realidade”.

Também de salientar que na “formação básica de uma doença, na deterioração do animal do ser humano que somos nós, qualquer adulto tem a obrigação de perceber que de um momento para o outro a vida se pode modificar, o que significa que desde pequenos a situação do envelhecimento e doença deveriam estar presentes na nossa formação pessoal e escolar”.

O ponto c, da questão n.º5, aborda a necessidade de Formação de Cuidadores Informais, foi por todos salientada a importância do envolvimento e participação nos cuidados a prestar no acompanhamento de um idoso em hemodiálise, seguem alguns comentários:

Sim, deverão saber o mínimo sobre a situação de ter um cateter, um acesso vascular. Um dos entrevistados sugere que os cuidadores devem ter uma consulta de pré-diálise bem-feita com o familiar onde se incluem as outras áreas como seja, a dietista e o serviço social devem estar presentes uma vez que são os suportes desta doença. Este entrevistado volta a referir que na realidade a diálise é o mais fácil nesta articulação, as questões depois do tratamento em casa quem pega nele, quem dá a sopa e pergunta se as coisas correram bem, é o mais difícil de assegurar;”

“Não é só formação, é apoio, deveríamos dar materiais a estas pessoas, conforme o nível cultural, social e económico das pessoas, oferecer mais materiais com diferenciação;”

“Estas pessoas precisam de apoio, pois, de momento a situação com a hemodiálise está controlada, mas vão haver fases que são difíceis de ultrapassar e as pessoas tem de ser efectivamente ajudadas e saber, por exemplo, quais os sintomas desagradáveis, explicar o que fazer para evitar que esses sintomas surjam, preocupações paliativas, o tratar a dor, a falta de ar, a angústia. Essas são muito importantes e prioritárias.”

“Pensar sempre que se faz formação a leigos, que a formação é uma parte importante, mas o contacto continuado, a possibilidade de se ter uma linha telefónica aberta para poder telefonar e tirar dúvidas pontuais do dia-a-dia é igualmente importante, principalmente em fases em que não se está tão receptivo para receber muita informação.”

Para finalizar a entrevista solicitava-se um olhar prospectivo sobre o que gostaria que fosse feito ou melhorado em termos de formação e desenvolvimento de competências no apoio a pessoas idosas e/ou com insuficiência renal.

Foi referido que esta é uma área em que os nefrologistas acabam por funcionar como clínicos gerais isto porque, acabam por perceber de cada uma das suas particularidades, pois os doentes idosos sofrem de quase todos os órgãos e irão ter de ser vistos em outras especialidades, pelo que o que resulta melhor será os nefrologistas terem competências em várias áreas que os torne realmente clínicos gerais de doentes em diálise, dado os doentes chegarem com idades mais avançadas e mais necessidades.

“Os idosos tem mais problemas a vários níveis e vários órgãos, portanto os nefrologistas deverão desenvolver capacidades na assistência à doença física e humana dos doentes idosos que estão vulneráveis e com carências a diferentes níveis”. Como nos refere um entrevistado esta já é uma realidade, existem bastante idosos com bastante idade, co-morbilidades associadas, múltiplos problemas familiares e sociais e, a área dos paliativos e assistência na doença crónica grave e irreversível é muito difícil de prestar. Existe uma estrutura de cuidados paliativos mas que obviamente acaba por não suprir as necessidades enormes nessa área; tem de se fazer alguma coisa sobre esta problemática pois não temos sítio para onde os encaminhar e senão tomarmos atenção a este problema, não sei para onde possam ir”.

Nesta questão dos cuidados paliativos na área da hemodiálise um entrevistado referiu que a situação que se coloca aos nefrologistas é a “ que envolve as grandes decisões a tomar, é a existência de critérios médicos e humanos de respeito pelo doente para os manter vivos, pois não queremos ser nós a desistir de um doente”.

Foi também abordada a questão do facto desta doença ser muito cara para o erário público, o que é uma realidade a ter em referência.

Nas questões relativas à resposta de apoio social, um entrevistado referiu que o Estado terá de participar, não dando tudo mas facilitando e dando a uma pessoa que tem a cargo uma pessoa doente a possibilidade de o poder apoiar, o que é mais rentável para a comunidade de uma forma geral.

Referiu igualmente “ser mais fácil arranjar pequenos apoios a nível local entre amigos e facilitar a vida, do que criar uma hierarquia muito pesada e cara onde uma pessoa vai ser mais um número”.

Para terminar, um dos entrevistados refere que é necessário continuar a falar destes problemas (cuidados paliativos, situação de dependência), sendo também importante que os profissionais “estejam envolvidos, na gestão de recursos económicos directamente”.

#### 4.2. Análise de Entrevistas: Área de Enfermagem

No quadro seguinte encontra-se caracterizada a amostra de entrevistados da área da enfermagem, sendo dois do género feminino e um do género masculino. Este há cerca de 8 anos que acompanha doentes em programa regular de hemodiálise. As enfermeiras entrevistadas cuidam de doentes com esta doença crónica há cerca de 20 anos.

Género	Idade	Tempo de trabalho com dependência/ HD	Escolaridade	Função
M	34	8 (em clínica)	Licenciatura	Enf.º Responsável Clínica de HD/ Enf.º Hospital nos Cuidados Intensivos
F	45	21	Licenciatura	Consulta do adulto Centro de Saúde/ Enf.ª Sala Clínica HD
F	52	24	Licenciatura	Enf.ª Chefe de Clínica de HD

Quadro n.º 2. Caracterização da Amostra de Profissionais da área Médica

Actualmente, não existe a especialização de enfermagem na área da nefrologia, o que existe é uma pós-graduação em Enfermagem e Técnicas Dialíticas, situação bastante recente, pelo que todos os entrevistados referiram que a sua formação tem vindo a ser efectuada através de formação contínua, da participação em formações várias, relacionados com a área, em congressos e seminários. Tendo sempre presente a

formação proporcionada pela própria clínica, que é muito específica e proporcionada a todas nas novas admissões, dado se ir trabalhar com equipamento tecnológico (máquinas dialíticas e bases de dados) inerente ao tratamento. Esta é uma especialidade que dada a evolução tecnológica, exige a necessidade de uma actualização constante, tendo vindo a melhorar muito a qualidade da diálise e consequentemente a qualidade de vida dos doentes.

Foi referenciada a existência de uma Plataforma de e-learning disponibilizada pela clínica que permite fazer formação, que seja específica de outra área, como por exemplo, secretariado, informações científicas, palestras, gestão de qualidade), o que permite adequar às nossas necessidades formativas.

No que respeita à questão da adequação de um perfil mais adequado às funções, foi referido que quando um profissional lida com uma pessoa com uma doença crónica não necessita de ter um perfil definido, pode ter algumas características base, e há sempre coisas a melhorar. Como um dos entrevistados referiu, “um bom enfermeiro faz-se; partilhando e tendo vontade de o fazer, está-se a lidar com pessoas, com um doente que faz diálise e temos como suporte, várias técnicas, mas toda a tecnologia e técnica não adiantam, senão houver a parte humana.”

Para quem lida no dia-a-dia com uma pessoa em programa regular de hemodiálise, numa relação de cuidado, depara-se com a necessidade segundo os entrevistados, de ter uma formação periódica na área da relação e humanização dos cuidados, para lidar com as atitudes dos doentes que passam por várias fases de ajustamento ao tratamento, desde a adaptação aos hábitos alimentares e até há própria rotina do tratamento.

Há referências, em todas as entrevistas, desta necessidade de desenvolver e reforçar competências na área relacional e da comunicação, mas também foram focadas as áreas de trabalho em equipa, a partilha de estratégias (de como lidar com determinada situação), e o investimento contínuo na área da informática e equipamentos específicos da diálise. A nível da comunicação, foi referida a dificuldade de fazer chegar a todos a informação, pois há horários rotativos na clínica.

Foi referido por um dos entrevistados a necessidade de se aproveitarem as capacidades que cada elemento das equipas tem – médicos, enfermeiros, assistente social, dietista, sector administrativo - para a evolução da unidade, com resultados ao nível do desenvolvimento do “todo”.

Foi também referida a importância de se desenvolverem comportamentos de empenho, de proactividade, auto-desenvolvimento e auto valorização, pois “são essas as pessoas em que se Este entrevistado referiu ainda que cada vez mais as pessoas têm de ser polivalentes.” Este entrevistado referiu ainda que cada vez mais as pessoas têm de ser polivalentes: “o médico não é só médico, o enfermeiro não é só enfermeiro. Pensar que à nossa frente está uma pessoa que necessita de apoio, e que precisa que a oiçam. Temos de esta atentos à pessoa que está a nossa frente, ser empáticos, independentemente do cuidado que lhes vá prestar.”

De salientar o conceito introduzido por um dos entrevistados na aquisição de novas competências para lidar com este tipo doentes, que denomina de “desenvolvimento de competências numa perspectiva de gestão da hemodiálise, o que significa que deve ser um enfermeiro que deve abordar o que é um acesso vascular, saber lidar da melhor forma possível com todo o acompanhamento do doente e fazer com que o doente regresse a casa em condições adequadas para levar a sua vida em condições mais ou menos normal”. Refere que “vão ser exigidos cada vez mais resultados e empenhamento por parte do sector privado, o que acontece com a exigência de determinados critérios de qualidade que não serão conseguidos sem a participação do doente e sem o apoio das famílias que têm estas limitações relacionadas com o envelhecimento”. Salienta também que a “estratégia deve passar por um desenvolvimento de competências dos enfermeiros que consigam realmente enquadrar o doente como um participante activo no seu processo de tratamento global, dado que por vezes não se consegue chegar a todos os doentes devido a um deficit relacionado com o envelhecimento”.

Inerente à necessidade de formação na área relacional, foi focado também como área com deficit de desenvolvimento de competências, “a questão do olhar para a pessoa, e não propriamente para um doente que precisa de um tratamento. Actuar numa abordagem abrangente, numa perspectiva mais teórica da enfermagem, ou seja, olhar o doente e essa situação como um todo. Tem de ser construída, por parte da enfermagem uma abordagem que reúna competências do seguimento do envelhecimento do doente, de forma integrada, procurando englobar o doente e a família neste processo, com o doente e para o doente, que são duas escolas completamente diferentes, que têm de ser distintas.”

Transversal a todas as entrevistas é a referência ao desenvolvimento de competências na área dos cuidados paliativos. A este propósito um dos entrevistados referiu que “esta formação tem sido muito direccionada para os cuidados de doentes

oncológicos, e no caso desta doença o que a ciência oferece a estas pessoas é uma manutenção e não uma cura, sendo sem dúvida, uma área a desenvolver.”

Dentro desta temática foi focado o sofrimento, como sendo o que mais custa a qualquer pessoa independente da idade, e a necessidade de respeitar a decisão de não querer continuar a efectuar tratamentos, e a parte psicológica no seu acompanhamento e respeito dessa decisão.

Há alguns anos que se têm desenhado políticas integradas na área da Saúde e na área Social por se depreenderem serem dois campos da vida humana interligados, principalmente na ocorrência de situações de dependência.

Para um dos entrevistados as respostas integradas, nomeadamente a RNCCI, “estão muito aquém do que era suposto, pois tem sido pouco para o que a sociedade realmente precisa: quem precisa, precisa sempre e não pode haver esbanjamento de recursos.”

No que concerne as necessidades de apoio para as famílias com um elemento a efectuar hemodiálise, foi mencionada a questão do ensino, “pois para uma pessoa com deficit cognitivo acentuado, apreender a informação que lhe é dada por médicos ou mesmo por enfermeiros, é difícil de assimilar”. Um dos entrevistados propõe que deva ser constituída e definida uma estratégia que inclua a família “ (...) mas para isso a família necessita de ter tempo. Essa estratégia deverá abordar, os cuidados a ter com o acesso, como efectuar uma boa adesão ao tratamento e à terapêutica, as questões alimentares, a situação de mobilidade. Este apoio deve ser iniciado desta forma, para ajudá-las sobretudo no que é o seu processo de envelhecimento”.

É igualmente referido que “a insuficiência renal crónica per si só, quando relacionada com o envelhecimento, não pode ser vista de forma isolada, tem também de se ver numa perspectiva de outros quadros clínico, insuficiência cardíaca, com questões de perda de mobilidade, e com algumas condicionantes, pelo têm existir estruturas que possam dar resposta a isto.” Foi mencionado o que se denomina por stress do cuidador, resultado de quem fica desgastado por acompanhar um familiar com doença cónica, e quando em situação de aumento de grau de dependência, “pois passa-se de uma vida familiar normal, para ter uma pessoa dependente do próprio, tendo que faltar ao trabalho e a ter a preocupação de não ter com quem deixar, o que é difícil de ultrapassar.” Como referido por um dos entrevistados, “está-se neste momento a exigir aquilo que as famílias não conseguem fazer, e nós culpabilizamos muito as famílias.”

Foi comentado que “a expectativa destas famílias, é que a pessoa vai efectuar um tratamento de quatro horas e tudo fica resolvido até ao próximo dia mas, e cada vez mais, o vector tratamento é o menos importante. A família tem de compreender que o doente vem há clínica 12 horas por semana, e são mais as horas as que está em casa e que os cuidados em casa devem ser privilegiados na terapêutica, e sobretudo, no apoio emocional a estes doentes.”

Foi dito por um dos entrevistados que “temos de aceitar esta evolução com naturalidade, que é sem dúvida uma mudança no paradigma nos cuidados aos insuficientes renais crónicos”.

Anteriormente olhava-se para um tipo de doentes com uma faixa etária na ordem entre os 40 e 60 anos e agora encontram-se pessoas com 90 anos em programa de diálise.”

Segundo os entrevistados, as áreas a privilegiar no futuro em termos desenvolvimento de competências no apoio a pessoas idosas e/ou com insuficiência renal serão:

“Haver uma visão diferente sobre a abordagem do envelhecimento, principalmente no pós- hospitalar, e no seguimento destes doentes, que têm de ser mantidas cá fora, pois esta é a visão de hemodiálise de futuro: doentes com faixa etária maior, a partir dos 65 anos com mais co-morbilidades e sobretudo, se calhar o tratamento em si só, não é o vector que tem de ser primordial, para a optimização da hemodiálise. O processo de envelhecimento traz alterações emocionais muito fortes e deverá começar por aí qualquer intervenção, senão for por aí não conseguimos fazer nada com estes doentes, e mesmo com estas doenças, a abordagem ao doente deve ser esta, bem como a abordagem à família e depois daí partir para a identificação de problemas. Como é obvio há um problema que é um problema prático do dia-a-dia que tem a ver com a alimentação, tem de haver uma aposta muito forte na alimentação e no cumprimento da terapêutica, que é neste momento se calhar um dos vectores de sucesso deste tratamento.”

“Terá de haver condições de se seguir esta população idosa num enquadramento familiar e numa perspectiva de médico de família.”

“Aproveitar o contributo de “jovens idosos” de 65 anos, que já não exercendo a sua actividade profissional é ainda pessoas activas que podem ser inseridas em projectos de intervenção comunitária, a dinamizar ou pelo Ministério da

Saúde ou pelas Autarquias, actuando com outros idosos, numa solução de compromisso.”

“Envelhecer acontece a todos nós, e o insuficiente renal crónico precisa de ter alguém competente que olhe para ele como pessoa, e não como um doente. É um doente mas precisa que se olhe para ele como pessoa, que se cuide dele com competência, com tecnologias e humanidade.”

“O conceito do futuro é ter competência técnica e humanidade. Não se consegue dissociar a parte humana da parte técnica; Não bastam umas boas mãos para puncionar, é necessário olho clínico para ler os sinais não verbais, expressões verbais, atender às necessidades.”

“O desenvolvimento de competências na área da farmacovigilância.”

“Em termos de competências, desenvolver as medicinas alternativas, que são um pouco depreciadas e desvalorizadas na nossa sociedade, mas complementares. O toque da massagem, o reiki, o shiatuzu, está cientificamente comprovado que resultam. (...) por exemplo quando se tem câibras, uma massagem pode ajudar a controlar um músculo contraído.. Se lhes fosse ensinada esta técnica, não só aos profissionais, mas também aos doentes estes iriam aprender e poder contornar a situação, não estando em sofrimento.”

<b>Formação de Base</b>	- Licenciatura em Enfermagem - Formação inicial é elegível, para se aprender a lidar com a insuficiência renal crónica
<b>Competências a desenvolver</b>	- Formação contínua e periódica da comunicação - Competências na gestão do tratamento de hemodiálise: olhar o doente como um todo
<b>Tendências da Formação</b>	- Humanização dos cuidados - Competências de trabalho em equipa

Quadro n.º 3. Competências e Linhas de tendência da Formação para Profissionais da área Enfermagem

### 4.3. Análise de Entrevistas: Área Social

Foram entrevistadas três pessoas do género feminino, duas com licenciatura em Serviço Social e uma em Política Social, sendo que uma destas já há 30 anos que

acompanha pessoas com insuficiência renal crónica. As outras entrevistadas têm uma experiência de menos uma década a acompanhar esta situação de saúde, conforme atesta o quadro seguinte.

Género	Idade	Tempo de trabalho com dependência/ HD	Escolaridade	Função
F	28	8	Licenciatura Serviço Social	Gestora de Processo numa IPSS
F	31	6	Licenciatura Política Social	Técnica de S.S. num Centro de Saúde
F	61	30	Licenciatura Serviço Social	Técnica de S.S. numa Clínica de Hemodiálise

Quadro n.º4. Caracterização da Amostra de Profissionais da área social

Foi-lhes solicitado que dessem as suas opiniões relativamente às dificuldades e necessidades de resposta de apoio social, bem como à eventual necessidade de se proporcionar formação aos familiares dos doentes para darem resposta às situações emergentes no acompanhamento desta doença crónica.

No que diz respeito à temática das necessidades e dificuldades das famílias, durante as entrevistas foi referido que:

“A maior dificuldade das famílias é o medo de assumir uma situação de dependência para a qual não estavam minimamente preparados, nem física nem psicologicamente. Alguém que até determinada altura era um elemento activo e que, de repente, passa de quem ajudava, para passar a ter que ajudar, invertendo-se completamente os papéis, é uma situação complexa.”

As famílias, na maior parte das vezes, trazem a preocupação da manutenção da qualidade de vida e da segurança quando procuram os serviços sociais; (...) têm também a preocupação com a questão do cuidar diário e também um grande receio de ter alguém, por vezes também com problemas de saúde, que vai cuidar de outro. Pretendem segurança, e ter uma pessoa dependente em casa, que vai começar a fazer hemodiálise, é uma grande responsabilidade pelo que precisam de uma pessoa que os conforte e dê apoio e diga que tudo vai correr bem.”

“Se nos bate à porta uma doença que desconhecemos, e precisamos de lidar com novas situações, temos de perceber uma série de características desta doença e princípios que têm de ser cumpridos; (...) por vezes achamos que estamos a fazer bem e não estamos, o senso comum não chega para tudo: questões alimentares, por exemplo. São pequenas coisas que parecem básicas no dia-a-dia mas são tarefas inglórias e por isso muitas famílias têm dificuldade em lidar o doente que tem em casa.”

“Nos atendimentos, em primeiro lugar pedem sempre a resposta lar, mas depois vai-se tentando perceber o que realmente as preocupa: a situação de não estar acompanhada, a questão de estar sozinha em casa, o medo do que pode acontecer. Nesta panóplia de situações que se nos apresentam, compete-nos dar a conhecer que existem outras soluções possíveis: porque não o apoio dos cuidados continuados, apoio domiciliário alargado? (...) e só quando se esgotarem todas estas hipóteses, então pensar na resposta, lar. Importa referir que muitas habitações não têm condições para as pessoas estarem em casa, encontram-se degradadas e com bichos (baratas, pulgas).”

“As famílias têm graves carências económicas e os idosos são um suporte. Preferem abdicar de coisas para si para ajudar os filhos e netos.”

No âmbito das respostas actualmente existentes para fazer face a situações de envelhecimento/ dependência como seja o centro de dia, uma das entrevistadas considera ser muito difícil haver um acompanhamento correcto por parte dos técnicos de serviço social: “não têm a formação base específica na faculdade que lhes permita trabalhar com estas questões, tendo que partir da iniciativa de cada técnico, e consoante as problemáticas, a procura de formação mais específica de modo a dar a resposta mais adequada às situações que vão surgindo.”

Uma das entrevistadas, na resposta social - Centro de Dia – chamou a atenção: “não há enfermeiros e não está contemplada a existência de um gabinete médico. Nesta situação faz-se articulação com o centro de saúde da área, que funciona bem porque também está presente uma Assistente Social e uma equipa de Enfermeiros, sendo a articulação com o médico o mais difícil; nestas situações com uma população com estas problemáticas, um gabinete médico é muito necessário e é essa uma das lacunas graves dos Centros de Dia.”

Atendendo a que a área social é um interlocutor nas situações de saúde e dependência, intervindo-se constantemente com as famílias, todas as entrevistadas são unânimes na questão da formação das famílias.

No ponto n.º 4 do guião procurava-se abordar o futuro da formação na área social, tentando perceber se haverá necessidade de serem definidos perfis mais adequados às funções. Sobre esta questão foi mencionado que “há pessoas que têm um perfil para determinadas competências e outras que, por muita formação que tenham,

não conseguem atingir esse perfil; penso que as pessoas devem ter um perfil adequado para determinada função e que aqui passa pela capacidade de relação.”

Neste ponto do guião também se procurava abordar o futuro da formação na área social, tentando perceber se haverá necessidade de serem definidos perfis mais adequados às funções, neste ponto foi dito que “na área social as competências são fundamentais, mas o perfil... por mais que se faça formação por vezes pode não haver grande diferença numa avaliação antes e uma avaliação efectuada um ano depois. Acho que tem muito a ver com a vontade da pessoa e com o seu sentido de responsabilidade de cada um.”

Foi referido por uma entrevistada que esta categoria profissional - assistentes sociais, “tem muitas competências que ainda não estão trabalhadas. (...) criamos novas categorias que se enquadram na nossa área e esquecemo-nos de valorizar a nossa profissão. Não é pelo facto de termos outro nome que temos mais capacidades. Se abrirmos o leque de opções na nossa área, aprimoramos aquilo que sabemos fazer, relembrarmos aquilo que foi dito e articularmos com as colegas trocando experiências vividas, acho que esse será o caminho. Não a criação de novas categorias.”

Na questão sobre quais as categorias profissionais e competências cuja existência consideravam importantes existirem ou serem desenvolvidas para dar resposta a este problema saúde (exemplo: ajudantes familiares com competência para medir tensão), foi referido que as auxiliares de acção directa têm a sua actividade normalizada, pelo que por exemplo, não podem ter funções de gestão. Como refere uma entrevistada “devem fazer bem aquilo para que são contratadas, não necessitando de formação numa outra área específica como a enfermagem; antes saber sinalizar situações e trabalhar em equipa, sendo importante a avaliação contínua das suas necessidades formativas”.

Mais do que formar a ajudante familiar em cuidados de enfermagem, é referido “ser muito mais útil formar os profissionais no sentido de trabalharem em parceria. Assim, caberia a cada profissional saber sinalizar e articular no sentido de uma melhor prestação de cuidados.”

“Proporcionar informação é bom, no entanto é difícil de uma forma organizada.”

Foi referido que existem vários tipos de famílias, e uma das entrevistadas refere nota cada vez mais que as famílias tem menos disponibilidade económicas e de tempo para os acompanharem, pelo que se deveria reforçar os apoios sociais, até à

chegada da família, dependendo dos horários que não consegue apoiar todo o tempo. Menciona também que neste momento são a única instituição com apoio domiciliário integrado personalizado - 24 horas, que infelizmente não tem apoio da segurança social e nem toda a gente pode pagar.

Formação Cuidadores Informais	Áreas de Necessidade formativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre a doença</li> <li>- Informar sobre respostas sociais</li> <li>- Questões práticas mobilidade, técnica</li> <li>- Apoio à gestão de conflitos familiares</li> <li>- Gestão de Stress</li> </ul>
-------------------------------	--------------------------------	--

Quadro n.º 5. Áreas de necessidades formativas para cuidadores informais

Tal como se solicitava nos guiões de entrevista das demais áreas profissionais, também se solicitou um olhar prospectivo sobre as tendências de formação nesta área e o desenvolvimento de respostas sociais. Foram proferidos os seguintes comentários relevantes:

“Um dos desafios para a implementação de um processo de envelhecimento activo é a criação de políticas para prestação de cuidados às pessoas dependentes. Estes cuidados são prestados por cuidadores informais (família e rede de vizinhança) e cuidadores formais (cuidados de saúde e sociais das instituições da comunidade). Assim, para além da prestação de cuidados aos idosos e dependentes, urge a necessidade de criação de serviços de apoio aos cuidadores informais, para que essa rede de cuidados se possa manter. Principalmente o apoio aos cuidadores informais, através da criação de programas de apoio, mas também de informação e formação.”

“A formação dos profissionais deverá evoluir no sentido de ir ao encontro das necessidades dos utentes. A tendência de futuro é os nossos idosos serem cada vez mais exigentes e informados, pelo que os profissionais que prestam cuidados terão que se adaptar a estas novas realidades.”

No que respeita à formação na área social foi, também, referida: “a necessidade de desenvolvimento de competências na área das línguas, da informática, comunicação e mediação familiar.”

Como frisou uma entrevistada “nós deveríamos ser obrigados a fazer um percurso profissional agregado a um estudo activo”.

Unânime foi a referência de que esta formação deveria ser contínua e ser possível terem acesso a informação directa de diversas instituições, por exemplo ao nível da legislação ou nas questões dos transportes.

No âmbito das opiniões recolhidas sobre respostas integradas da área da saúde e da área de apoio social, foi mencionada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Sobre esta rede, uma das utentes referiu que tem tido uma experiência positiva de trabalho com a rede mas que esta é manifestamente insuficiente: “continua-se a ter o problema das pessoas ficarem no hospital até haver resposta institucional, e por vezes em situações extremas em que não há outro tipo de resposta. Por exemplo, uma situação de utentes em diálise que ficam dependentes, com Alzheimer e/ou os seus familiares padecem desta doença, a vaga pode demorar dois, quatro meses a surgir, o que por implica que se acabe por não ter seguimento o pedido.”

“A maior parte não conhece a RNCCI e são os técnicos que explicam quando vem ao atendimento, as pessoas não tem esse conhecimento.”

O olhar prospectivo das entrevistadas levou-as a tecer as seguintes observações:

Uma das entrevistadas refere que “a fase terminal de vida a preocupa e que não está muito explorada pelas famílias que, como não sabem o que esperar, nem sabem questionar, e quando chega a altura o serviço social tem de intervir em crise, e os técnicos também não sabem e não tem respostas atempadas a dar nem têm preparação para isso, por exemplo no luto”.

Como foi referido por uma das entrevistadas “as políticas sociais de apoio aos idosos e dependentes devem direccionar-se para o desenvolvimento de novas respostas de Serviço de Apoio Domiciliário, sendo que 86% dos Europeus prefere beneficiar de cuidados no domicílio em caso de dependência. A possibilidade de se manter o utente no seu domicílio apresenta benefícios ao nível económico e social. Económico, pois os custos de respostas residenciais, como lares, apresentam-se consideravelmente superiores aos custos dos serviços prestados no domicílio e porque reduz o número de internamentos hospitalares, bem como o tempo de internamento (muitos internamentos ou prolongamentos de internamentos devem-se à impossibilidade de o doente permanecer no seu domicílio sem apoio ou com apoio insuficiente, recorrendo frequentemente ao hospital). Sociais, pois permite ao utente manter as suas relações de proximidade, vizinhança e afecto, sentimento de pertença e manutenção de rotinas, importantes para retardar o processo de envelhecimento”.

Outra das entrevistadas refere que “a manutenção de uma pessoa no sítio onde sempre viveu, cresceu e, muitas vezes, quer morrer (no espaço delas, com os seus

objectos simbólicos, lembranças), e retirá-los numa fase tão complicada da vida em situação de dependência, é uma atitude agressiva. Os cuidadores necessitam de poder contar com serviços formais capazes de fazer face às necessidades das pessoas que cuidam”.

No futuro “será importante criar condições para a manutenção dos utentes dependentes no domicílio, e desenvolver-se trabalho conjunto com várias instituições de saúde e serviços sociais de prestação de cuidados em parceria”.

<b>Formação de Base</b>	- Licenciatura em Serviço Social
<b>Competências a desenvolver</b>	- Mediação Familiar - Competências psicológicas e emocionais - Línguas (multiculturalidade) - Linguagem gestual Comunicação
<b>Linhas de Tendência da Formação</b>	Fazer um percurso profissional agregado de um estudo activo  Cuidados em Parceria: caber a cada profissional saber sinalizar e articular no sentido de

Quadro n.º 6. Competências e Linhas de tendência da Formação para Profissionais da área Social

#### 4.4. ANÁLISE DE ENTREVISTAS: UTENTES

O seguinte quadro é um descritivo das questões colocadas aos três entrevistados, relativamente a: informação contextual, onde se inclui a idade, escolaridade, situação face ao trabalho, tempo em programa regular de hemodiálise, quadro clínico e se eventual utilização de alguma resposta social num quadro de apoio a situação de dependência.

Género	Idade	Tempo de HD	Escolaridade	Situação face ao trabalho	Quadro Clínico	Apoio Social
M	51	3 *	Licenciatura Engenharia	Activo	IRCT, diabetes, amputação de um membro inferior	Serviço de Apoio Domiciliário
F	45	36,5	Doutoramento	Activo	IRCT, bronquite crónica e osterotrofia	Serviço de Apoio Domiciliário
M	65	5 **	Licenciatura Engenharia	Reformado	IRCT, problema joelho	Não recorreu

Quadro n.º 7. Caracterização da Amostra de Utentes

\* Fez diálise peritoneal antes de iniciar hemodiálise

\*\* Primeira vez que iniciou diálise foi em 1998, esteve transplantado até 2007

No ponto 3 deste questionário procurava-se compreender como é vivenciado o dia-a-dia de uma pessoa com este problema de saúde. Os três entrevistados referem procurar encarar este problema como se fosse “uma coisa normal” e continuar a viver o dia-a-dia.

Um dos entrevistados refere que “um indivíduo que entra em diálise, ou está previamente informado ou então, se não estiver, e muitas vezes esta doença surge com crises hipertensivas, a pessoa é confrontada com um quadro que não prevê, que é a maioria dos casos, pelo que automaticamente não está minimamente preparado para resolver com este problema.”

“A vivência e o modo de reagir, depende de como a pessoa com quem se vive também encara o problema.”

A utente que faz diálise há 36 anos e meio, considera a diálise como um part-time não remunerado, pois habituou-se a ir para a diálise como se tratasse de outro sítio qualquer. Em termos de diálise, foi um hábito adquirido de criança. Em relação à diálise referiu que “as coisas vindo a complicar-se”, pois o processo de osterofria, tem sido degenerativo pelo que as consequências têm sido mais gravosas, a pouco e pouco e tem necessitado mais de apoio. Refere ter apoio dos seus pais, que têm sido os seus alicerces. “Costumo dizer que a minha mãe é os meus braços e o meu pai as minhas pernas. Até que chegaram a uma idade que eles também não podem fazer mais do que fazem e, por minha iniciativa, em conjunto com a minha irmã, decidimos colocar um travão ao apoio que estes me querem continuar a dar, que já acho excessivo, para além das forças deles. Por isso solicitei apoio extra, apoio domiciliário no que respeita a higiene e talvez, futuramente, também nas refeições.”

Dois dos entrevistados referem que o processo de envelhecimento foi um pouco prematuro e limitativo, atendendo ao quadro clínico estão a passar. Por estas razões um dos entrevistados refere que tem recorrido bastante ao seu médico de família, e que em termos familiares tem algum apoio não permanente de uma irmã, que é médica, e da sua mãe que é muito idosa, pelo que teve necessidade de recorrer ao serviço de apoio domiciliário para apoio na higiene e alimentação.

Um dos entrevistados, que recorre actualmente ao Serviço de Apoio Domiciliário nas valências da higiene e alimentação, encontra-se de modo geral satisfeito com o apoio prestado, tendo referido que no início houve alguns constrangimentos, porque não havia uma continuidade na pessoa que presta o serviço: “convém ser a mesma pessoa a tratar, para se criar alguma intimidade.”

Este doente tem a opinião que quem presta estes cuidados “são pessoas com poucas habilitações, e por vezes poucos hábitos de higiene.”

Um entrevistado menciona que os serviços devem “atender à necessidade da pessoa e responder à situação”.

Um dos entrevistados, que nunca recorreu a respostas sociais, refere que utilizará os apoios existentes caso venha a necessitar: “Com certeza que tenho de aceitar, se chegar a uma altura que a minha dependência, física e psíquica o exigir. Não estou a falar nesse momento. Nessa altura, o que se perspectiva é daqui a 10 anos, não sei qual é a minha cabeça nessa altura. Aceitaria. Nesta fase aceitaria. Nessa fase em necessitaria, qual é o estado mental?”

De um modo geral, a opinião relativamente a respostas de apoio social é favorável, e como nos refere uma das entrevistadas: “nem sequer tinha conhecimento dos apoios que se podem ter, quase de certeza que a maior parte das pessoas desconhece.”

Na questão n.º6, solicitava-se aos utentes que reflectissem um pouco sobre a actuação dos profissionais de saúde e que analisassem as competências suas e aquelas a desenvolver.

Todos os utentes são unânimes ao afirmarem que estes profissionais trabalham bem e estão geralmente sempre disponíveis para colaborar. Como nos refere um dos entrevistados as “competências estas estão lá, podem é não estar a ser utilizadas”.

Um dos entrevistados, que tem experiência em fazer tratamentos fora de Portugal, faz uma comparação com os outros países e refere que os nossos profissionais têm uma boa preparação e considera que estamos num país com muito boa qualidade de diálise. Menciona que quando se comparara individualmente os profissionais caso a caso, cada um tem a sua integração, formação, sensibilidades, e todos estes parâmetros, são aspectos que condicionam a maneira de ver uma pessoa de idade. Salaria neste acompanhamento a necessidade de se analisar a própria cultura do idoso: quando mentalmente está bem, este pode reivindicar, pode fazer mais:

“Já me posso considerar um idoso e automaticamente não deixo de passar a mensagem aos profissionais de que na minha situação, a idade não conta, esse é um aspecto, não podemos permitir que olhem para nós, como velhos, o implicitamente acontece, havendo uma diminuição de atenção. Um idoso é um indivíduo que já não tem as valências que tinha quando estava activo e, automaticamente, é visto como um ser inferior de relação ao indivíduo activo, o que leva a concluir que não há a mesma acuidade de atenção face aos diferentes grupos etários. É um problema de

mentalidade, olham para a pessoa idosa como algo que já teve o seu período e esquecem que um dia serão eles chegar lá”.

Trata-se de um utente que fez um processo de auto aprendizagem sobre o equipamento, daí advindo actuações proactivas com a equipa clínica na condução do seu tratamento.

Ainda nesta mesma questão, uma das entrevistadas salienta que “lidar com cada idade é uma tarefa diferente: assim como eu sou professora e lido com adultos e tenho colegas minhas que lidam com adolescentes, o tratamento tem de ser diferente. Acho que lidar com crianças, ou pessoas adultas não é o mesmo que lidar com pessoas de terceira idade. Acho que os cuidados devem ser diferentes; o que não quer dizer que dêem mais ou menos trabalho, é apenas diferente.”

Para os utentes existem três áreas nas quais os profissionais deveriam ter formação:

- Humanização na prestação dos cuidados – Como refere um utente “o que acontece por vezes a um doente em situação de dependência, é que os próprios não têm a percepção do problema que têm e, como tal, todos os profissionais acabam por olhar para estes doentes como um processo de menor preocupação”.

- Comunicação - A forma como se transmite uma informação a um doente, dado que por vezes o receptor não consegue receber a informação de modo acessível. O profissional tem de se colocar a um nível que não é o nível de diálogo técnico, assistindo-se a uma *décalage* no modo como passa a informação. É necessário que haja um nivelamento de diálogo, e atender ao nível cultural da pessoa com quem se lida. Como menciona um utente “a título de exemplo, o problema do aporte de líquidos: esta é uma questão de difícil assimilação e é difícil de dar a conhecer ao doente os benefícios de beber pouco a nível do tratamento; outra questão, e a questão dos medicamentos, como é que devem, e o que podem tomar, muitas vezes não sabem o nome dos medicamentos, referem, é o da cor verde ou da cor amarela. Aí tem de haver maior compreensão e aproximação.”

- Formação na área da psicológica - no acompanhamento e saber lidar com o doente na diálise, dar concelhos, tem mais conhecimentos do ponto de vista científico.

Solicitou-se aos doentes, tal como aos profissionais, um olhar prospectivo sobre o que gostaria que fosse feito ou melhorado em termos de respostas na área da saúde e/ou na área social para população idosa e com insuficiência renal crónica terminal.

Nesta questão foi referida a necessidade de existir algum acompanhamento psicológico para as pessoas sós, pois ter amigos ou família não é sinónimo de ter com quem desabafar. Não podendo haver um psicólogo sugere-se, então, que sejam os outros profissionais a colmatar esta lacuna aprendendo eles a lidar com essa situação.

Como nos diz uma das entrevistas: “vejo pessoas que entram em diálise e ficam completamente perdidas do ponto de vista psicológico, sem saber como lidar com a situação e temo que as coisas descambem para um lado mais negativo. Os enfermeiros, como estão sempre a rodar não se apercebem (...) e aí sinto essa lacuna (...) para além de que a diálise está, para mim neste momento, mais desumanizada do que era antes, porque antes éramos muito menos, o pessoal da sala era fixo e, como tal, tínhamos um acompanhamento muito familiar e próximo.”

Foi referida a importância da formação inicial, sobretudo para os próprios doentes, tendo os utentes referido que são muitas vezes os que já fazem tratamento há mais tempo que dão informação sobretudo ao nível da alimentação e apoio sobre a melhor forma de se encarar o tratamento e levar uma vida o mais normal possível.

Em termos de respostas sobre o apoio social é de salientar o desconhecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados por parte de todos os entrevistados.

**Na questão dos cuidados paliativos é relevante dar a conhecer os seus discursos:**

“À partida há um filme que nos é dado: ver uma pessoa com mais idade e pelo qual se não morrer antes vou passar, e há realmente situações em que acho preferível terminar o processo de diálise do que andar a ser transportado moribundo. Situação é clara não sei até que ponto se tem capacidade de percepção e audição. É preciso outro tipo de abordagem, o testamento vital pois há condições em que eu acho que o indivíduo deve cortar com o tratamento.”

“Cuidados paliativos são necessários; recorreria a tudo o que fosse necessário.”

“Acho que sempre que possível os cuidados paliativos deveriam ser feitos ao domicílio e isto é talvez uma grande inovação no nosso país, deveria-se apostar no apoio domiciliário e não fazer lares, o que desenraíza as pessoas colocando-as num local sem as suas coisas, havendo um corte de comunicação e a nível cultural, seria uma prisão. Na diálise, também faz sentido a existência de uma unidade de cuidados

paliativos a ser feita sempre que possível no domicílio, e o estado deveria fornecer estes instrumentos para fazer em casa, pois sairia mais barato ao estado”.

Para finalizar são referidos dois comentários relevantes:

“Desenvolvimento de competências, difícil, atendendo a que o paciente tem de ter uma actividade pró-activa em relação à diálise. Não chega informar. É necessário que o paciente esteja interessado em conhecer a realidade em que vive.”

“Quantos mais anos em diálise, mais se vai sentindo o seu envelhecimento físico e psicológico, tudo o que é sofrimento fisicamente acarreta sofrimento psicológico, acho que o psicólogo na diálise seria importante.”

#### 4.5. Análise de Entrevistas: Familiares de Utentes

Género	Idade	Parentesco	Tempo a lidar com situação/ HD	Escolaridade	Situação face ao trabalho	Se tem apoio Formal	Tipo de Apoio
F	57	Mulher	4*	Licenciatura	Activo	Ainda não necessita	Quando for mais velho
F	73	Mulher	10	Curso Secretariado	Reformada	Apoio Privado	Higiene, aquisição de ajudas técnicas
F	77	Mãe	36,5	Bordadeira	Reformada	Apoio de Santa Casa da Misericórdia	Higiene

Quadro n.º 8. Caracterização da amostra de entrevistados

\* Iniciou hemodiálise em 1998, mas foi logo depois transplantado até 2000.

O quadro a.m. reúne as questões colocadas aos três entrevistados relativamente a: informação contextual, onde se inclui a idade, escolaridade e a situação face ao trabalho; tempo em programa regular de hemodiálise, se recorrer ou não a alguma resposta social num quadro de apoio a situação de dependência. De salientar que, o facto de se estar menos tempo a acompanhar uma situação de doença crónica não é sinónimo de menos preocupação e de necessidades de apoio dado o quadro clínico ser diferente de indivíduo para indivíduo.

Quando questionados sobre a dependência e como é ser-se um cuidador de uma pessoa com este problema de saúde, muitas vezes associados a outras comorbilidades, tivemos as seguintes respostas:

“Nos dias da semana vive-se quatro dias, três não se vivem, são para esquecer.” A mesma familiar explica que o dia da diálise é o dia mais complicado, pois o seu marido fica cansado e sem disposição. “Tranquiliza-a o facto de haver um transporte para casa de táxi, pois assim este não é obrigado a conduzir”. A mesma entrevistada refere que “ como não está em casa durante o dia, pois está a trabalhar, não pode acompanhar o seu marido como gostaria, fazendo-o apenas quando chega à noite a casa. Afirma ter plena consciência de que a sua vida, de um momento para o outro, se pode complicar e não se vê a gerir em casa uma situação de dependência, o que será difícil, muito difícil.”

Outra das entrevistadas comenta que, no espaço de dez anos a acompanhar o marido a fazer hemodiálise e sendo, também diabético, só agora sentiu “dificuldades em apoiá-lo, quando se alterou gravemente o seu quadro clínico” e isto tendo em consideração que tem “uma família muito próxima e colaborante.”

Outro entrevistado refere que “as dificuldades foram surgindo e sendo ultrapassadas com esforço mas até ao momento com sucesso.”

No que diz respeito à questão sobre se já utilizava ou recorria a alguma resposta de apoio social, deparamo-nos com três situações distintas: aqueles que nunca utilizaram, aqueles que recorreram a apoio privado e aqueles que recorreram a apoio através de respostas estatais.

Um dos entrevistados afirmar nunca ter recorrido a nenhum tipo de resposta social por não ter tido necessidade de o fazer até ao momento, não pondo de parte esta hipótese se o quadro clínico do marido de agravar. Tem, contudo, uma boa impressão das respostas de apoio social, nomeadamente ao nível do apoio domiciliário, embora tenha sentido numa situação com outro familiar anteriormente doente a lacuna dos horários de funcionamento e dias da semana. Admite que numa fase posterior poderá vir a ter algumas dificuldades que a obriguem a equacionar recorrer ao trabalho a tempo parcial ou jornada contínua. Até ao presente momento só nos dias efectivos é que nota necessidade de apoio. Considera que é necessário colmatar algumas das grandes dificuldades que os insuficientes renais têm em casa: o ir às compras, à farmácia, fazer as tarefas diárias. Refere que quem vive sozinho não sabe como consegue ultrapassar as limitações nos dias da hemodiálise.

Um outro entrevistado recorreu ao apoio domiciliário privado, por ter capacidade económica e por se ter tratado de uma situação inesperada, dada à forma imprevisível

e rápida de evolução da doença. Num espaço de mês e meio, tornou-se dependente de ajuda para as actividades da vida diária. Refere que, a primeira possibilidade que ponderou foi o internamento temporário num lar para recuperação, mas como viu que seria mais profícuo para o marido o regresso a casa e repensou a situação. Adquiriu matérias de ajuda técnica e recorreu a apoio de uma senhora, a título privado, para ajuda no banho, por ter verificado que havia incompatibilidade de horários com as respostas estatais da sua área de residência (pois o marido estava muitas vezes ausente de casa para ir às diferentes consultas, fazer penso no hospital e esperar bastante tempo pelos transportes). Pelas suas respostas verificamos que considera muito difícil conciliar os horários destes apoios com os horários de um doente em hemodiálise. Menciona as grandes dificuldades que sentiu e diz que foi aprendendo “às suas custas” tudo o que concerne à mobilidade do doente. Refere ainda que, em 10 anos de hemodiálise, nunca foi necessário recorrer a qualquer tipo de apoio. A principal dificuldade por que passou “foi o medo de estar sozinha com ele em casa e as dificuldades em movimentá-lo”, pois enquanto ele andava não tinha receio algum, pois ele era autónomo. “Depois surgiu o problema de amputação”, e então necessitou de apoio “para levantar, levar à casa de banho e deitar”. De realçar o desabafo desta entrevistada “tenho muito apoio mas não chega, a doença foi muito malandra, diabetes ..., má circulação.” Recorda ter tido muito apoio desde o início e sentido carinho por parte de toda a equipa da clínica quando o seu familiar passou para uma situação de dependência, “o que é muito reconfortante nestas alturas.”

Por fim, encontramos uma situação de um doente que tem apoio de uma instituição na valência de apoio para a higiene pessoal, e que equaciona a hipótese de ser também apoiado na entrega de refeições no domicílio.

No que respeita as necessidades de formação para família, um dos entrevistados refere que “a técnica em si, do processo de diálise, não é fácil de perceber por qualquer pessoa e portanto é importante que os familiares estejam informados, principalmente sobre as questões alimentares e aporte de líquidos”. Considera que deveria haver formação e informação adequada ao nível sociocultural do familiar que cuida, “pois é um processo complexo, e se fizerem formação para uma família que não esteja vocacionada para as suas características, não surte o efeito pretendido.”

Uma das áreas que também foi referida para necessidades de formação, foi ao nível da preparação e habilitações para os cuidados de higiene, e a mobilização de doentes acamados.

Na última pergunta, sobre o que gostariam que fosse feito ou melhorado em termos de respostas na área da saúde e/ou na área social para dar apoio a população idosa e com insuficiência renal crónica terminal, foi referida a questão das dificuldades económicas e a existência de pessoas sós que não provavelmente vão poderão contar com o apoio de ninguém para lhes dar apoio.

Em termos de respostas sociais os entrevistados desconhecem a RNCCI mas consideraram, após a informação transmitida pelo entrevistador sobre os seus objectivos e funcionamento, tratar-se de uma resposta bastante importante a que é conveniente dar continuidade e onde se os insuficientes renais possam ser inseridos, quando em situação de dependência.

A questão dos cuidados paliativos não reúne consenso entre os três entrevistados:

Uma das entrevistadas questiona: “Justifica-se iniciar numa pessoa de noventa anos o tratamento de diálise? Protelar a vida de uma pessoa que já não tem qualidade de vida?” Comentando que “uma das áreas que se deveria desenvolver é esta área, pois não se encontra justificação para um doente deslocar-se de ambulância, três vezes por semana, nessa situação”. Reflecte “é quase impossível fazer uma vida desta forma. (...) “ não sei como se faz isso, mas uma família sozinha, como é o meu caso, não sei como é possível aguentar uma situação dessas, esse acompanhamento é essencial”.

Foi sugerida a “criação de unidades integradas com a hemodiálise onde as pessoas pudessem estar e fazerem diálise”, uma vez que os custos associados ao transporte e os inconvenientes da vivência das pessoas em casa é quase impossível, nem dão para uma pessoa estar sozinha. Os doentes poderiam permanecer nessas unidades integradas com diálise, o que facilitava a vida do doente, numa fase final em que sair para o tratamento é mais agressivo.”

Nesta questão os outros dois entrevistados referiram saber o que são estes cuidados. Um respondeu que, associado à hemodiálise, não aceitaria esta situação para o seu familiar. O outro entrevistado não deu qualquer resposta concreta ou objectiva, por estar a atravessar uma situação de grande sofrimento provocada pela doença do familiar, que poderá vir a ser terminal, não se encontrando de momento muito receptiva a esta questão.

- Medo de estar sozinho a acompanhar alguém em situação de dependência
- Desconhecimento de respostas sociais
- Dificuldade de conjugar horários com apoio domiciliário

- Falta de conhecimento de técnicas para mobilizar uma pessoa acamada
- Necessidades económicas

Quadro n.º 9. Dificuldades/ Necessidades Sentidas pelos Familiares

## 5. Conclusões

Em Portugal, o aprofundamento dos conhecimentos básicos do funcionamento do rim verificou-se nos anos cinquenta e sessenta do século XX. Como refere o pai da nefrologia portuguesa, o Médico Jacinto Simões, as especialidades nascem através da introdução de técnicas novas. Nessa época, refere ainda, a maioria dos médicos tinha uma posição abstencionista perante o tratamento novo do IRC. O motivo da hesitação era, também, o seu custo necessariamente elevado (...) que se afigurava um empreendimento quase insensato<sup>26</sup>

Não obstante este difícil período inicial, tem-se vindo a verificar, desde então, um crescente investimento económico e científico no tratamento substitutivo da função renal, a hemodiálise. Em 2008 foi instituído um modelo de suporte económico que visa a prestação de bons cuidados e, simultaneamente, a racionalização do sistema, permitindo alcançar ganhos em saúde. Tratou-se, assim, de uma nova abordagem, denominada Gestão Integrada da Doença, que obriga a uma acção planificada, com monitorização de resultados, e que atende quer à satisfação do doente, quer à aferição da qualidade dos cuidados prestados.

O estudo agora apresentado não pretende ser uma análise aprofundada desta realidade, mas antes uma reflexão sobre a evolução desta doença junto de uma população cada vez envelhecida, que desenvolverá insuficiência renal crónica terminal, e as suas implicações ao nível do desenvolvimento de competências para os profissionais das áreas da saúde e social que lidam com esta doença, fruto das mudanças que se têm vindo a verificar face às alterações ditadas por transformações demográficas.

Com base nos dados recolhidos, são tecidas algumas considerações finais, que considero justificarem a premência deste estudo:

- Todos os profissionais entrevistados consideram que, efectivamente, o aumento da incidência da Insuficiência Renal Crónica Terminal está directamente ligado ao factor envelhecimento. Indo ao encontro desta tendência, verifica-se que em cinco anos, decorridos desde 2007 até ao ano de 2010, a idade média dos doentes a fazer

---

<sup>26</sup> Simões, Jacinto, Contribuição para a história da Nefrologia em Portugal, Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão, 2004:18 (2): 61-70, pág.65.

hemodiálise passou de 63,8 para 65,9 anos. De realçar que há, presentemente, em programa regular de hemodiálise, utentes com 90 anos.

- São referidos como factores para este aumento da incidência da doença, o próprio processo de envelhecimento, mas também os maus hábitos alimentares e outras doenças, como a diabetes, cuja ocorrência em Portugal quase duplicou em 10 anos, e a hipertensão. A este respeito, referiu-nos um entrevistado “Como são doenças que não doem, as pessoas desleixam os hábitos de vida, a sua alimentação, a actividade física e, por razões económicas, abandonam muitas vezes a toma da medicação. (...) Em relação à hipertensão, por se tratar de uma doença sintomática, os doentes tendem a cumprir a terapêutica que lhes é prescrita, mas depois facilmente a abandonam”.

- Foi igualmente referido que, em virtude da carência de médicos de família nos centros de saúde, que são aqueles que efectivamente acompanham ou deveriam acompanhar os primeiros sintomas desta doença, se irá cada vez mais assistir a uma situação de início de tratamento em situação aguda por via hospitalar, e não por via de consultas, apresentando os doentes um estadio avançado da doença renal crónica.

- As necessidades e os problemas levantados por este grupo etário vão obrigar a prestar-se uma assistência de forma adaptada, mais imaginativa e com alternativas a este único tratamento.

- Ao nível da evolução desta doença em indivíduos oriundos de países de língua portuguesa, os profissionais de saúde respondem que o ideal seria que os respectivos países desenvolvem-se este tratamento nos seus países, no entanto, atendendo a questões económicas possivelmente esta situação não ocorrerá por falta de investimento nos países mais pobres, pelo que continuarão a vir para Portugal.

- Uma vez que os doentes iniciam tratamentos de hemodiálise com idades cada vez mais avançadas, apresentado maiores necessidades de cuidados atendendo a comorbilidades associadas, esta é uma área em que os nefrologistas acabam por operar como clínicos gerais. Os nefrologistas tem vindo a desenvolver conhecimentos sobre as diferentes doenças, uma vez que os doentes idosos sofrem de patologias ao nível de diferentes órgãos, e as suas competências ao nível da clínica geral serão cada vez mais desenvolvidas, não apenas ao nível da doença *per si*, mas nomeadamente ao nível das capacidades na assistência à doença ao nível humano.

- Na área da Enfermagem, a questão do envelhecimento irá direccionar as necessidades de formação para o desenvolvimento de competências na área da relação e humanização dos cuidados, capacitando-os para lidar com as atitudes dos doentes que passam por várias fases de ajustamento ao tratamento, desde a adaptação aos hábitos alimentares e à própria rotina do tratamento.

- No que respeita o desenvolvimento de competências emergentes na área social, a tendência será o aprofundamento de conhecimentos na área da relação e comunicação com os familiares; a aquisição de conhecimentos a nível legislativo, informático e ao nível da aprendizagem de línguas, atendendo à questão multicultural dos seus utentes.

- Verifica-se, no âmbito do desenvolvimento de competências na área de enfermagem, a abordagem da hemodiálise numa perspectiva de gestão. Este facto justifica-se por o sector da hemodiálise ser predominantemente privado, onde são exigidos resultados e empenhamento, com a exigência de determinados critérios de qualidade. Dever-se-á, assim, apostar numa estratégia em que o desenvolvimento de competências dos enfermeiros englobe a sua ligação aos pacientes e familiares num modo proactivo, em que estes sejam participantes activos no seu processo de tratamento global.

- A área da hemodiálise encontra-se bem estruturada em termos de categorias profissionais. Foi no entanto referido por um profissional e dois utentes a necessidade de apoio psicológico, a ser prestado por um profissional especializado. Caso não o fosse possível que os profissionais desenvolvem-se competências nessa área.

O seguinte quadro sintetiza as competências a desenvolver referidas pelos profissionais que acompanham pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise:

Áreas Profissionais	Competências a desenvolver
---------------------	----------------------------

<b>Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação interpessoal</li> <li>- Tecnológicas, informática</li> <li>- Multidisciplinaridade</li> <li>- Conhecimento da Gestão da Hemodiálise</li> <li>- Medicinas alternativas aplicadas à IRCT (reiki, shiatzu)</li> <li>- Gestão de conflito de equipa e gestão de conflito pessoal</li> </ul>
<b>Médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação</li> <li>- <del>Multidisciplinaridade</del></li> </ul>
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação com famílias/ Mediação familiar</li> <li>- Aprendizagem de línguas estrangeiras</li> <li>- Trabalho em equipa e parceria</li> <li>- Aquisição de conhecimentos sobre legislação</li> </ul>

Quadro Resumo de Competências a desenvolver nas três áreas profissionais

- Todas as áreas profissionais referem a necessidade de continuar a dar formação ao nível da área da comunicação interpessoal, imprescindível no contacto e humanização do atendimento aos doentes e familiares e, também, ao nível de trabalho em equipa e na discussão e análise de casos clínicos e sociais.

- Também os utentes entrevistados sinalizaram a necessidade de os profissionais terem atenção à forma como transmitem a informação, sendo que esta deverá ser dada de modo acessível, com nivelamento de diálogo mediante as específicas, essencialmente, ao nível sociocultural do doente.

- A questão da aprendizagem a nível informático foi apontada pelos entrevistados quer da área da enfermagem, quer da área social. Não obstante, e estando subjacente ao trabalho dos enfermeiros, foi por estes assinalada a necessidade de continuar a adquirir conhecimentos ao nível de nova tecnologia, para continuar a trabalhar com as máquinas dialíticas e programas informáticos.

- Fazendo um paralelismo com o estudo europeu que vem alertar para as competências emergentes no sector da saúde e do apoio social, o desenvolvimento dos profissionais de ambas as áreas enquadrar-se-á no cenário Flex Care, caso as condicionantes endógenas, como sejam a questão do mercado de trabalho e as políticas de prestação de serviços, assim o permitam, assistindo-se a uma procura crescente de cuidados de saúde especializados e de qualidade. As necessidades de desenvolvimento de competências apontadas pelos entrevistados e que são também apontadas no estudo da Comunidade Europeia foram os seguintes:

<b>Enfermagem</b>	Nesta área encontramos referências a quatro dos clusters identificados: - Gestão Pessoal/ Planeamento – Polivalência - Empreendedorismo – Gestão da Hemodiálise (o olhar o doente como um todo) - Competências Sociais – Capacidade de comunicação, trabalho em equipa -Conhecimentos Técnicos: Tecnológicos, informática, desenvolvimento de
<b>Médica</b>	As competências referidas pelos entrevistados pertencem ao Cluster das Competências Sociais: <i>Trabalho em equipa, capacidade de comunicação (ouvir/avaliar).</i>
<b>Social</b>	Nesta área foram referidas pelos entrevistados competências incluídas nos seguintes Clusters: Competências sociais - trabalho em rede e parceria, interculturalidade (devido à diversificação de clientes) Conhecimentos técnicos a nível legislativo, aquisição de e-skills, e conhecimento de outras

- Ao nível da Formação/Informação de Cuidadores Informais, foi por todos os profissionais salientada a importância do seu envolvimento e participação na prestação de cuidados a uma pessoa idosa em hemodiálise. No entanto, a formação a leigos foi referida sob três perspectivas diferentes:

- Formação, mas sem recurso a conteúdos e programas estruturados;
- Providenciar materiais de informação, mas com alguma diferenciação, atendendo ao nível cultural e social das pessoas;
- Envolver outras áreas de suporte à doença, designadamente o serviço social e a dietista alimentar, para transmissão de conhecimentos não clínicos sobre o tratamento;
- Apoio e o contacto continuado quer via telefone quer presencialmente;

- Se considerarmos que os familiares que acompanham os doentes em programa de hemodiálise sentem os efeitos negativos da doença, nomeadamente ao nível de conflitos familiares, stress individual e alargado, compreende-se a sua posição ao afirmarem que gostariam de ter mais informação sobre a doença, sobre as respostas de apoio social existentes e sobre questões práticas do dia-a-dia, como por exemplo aquelas relacionadas com a mobilidade e as técnicas de mobilização de uma pessoa dependente.

- É de sublinhar o total desconhecimento por parte dos utentes e familiares ao nível das respostas integradas, nomeadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Geralmente, este esclarecimento é efectuado em Atendimentos de Serviço Social.

- No que toca às respostas de apoio formal, como é o caso do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), esta é uma resposta de apoio social com tendência a aumentar face à grande procura que já se começa a verificar. Das respostas apuradas nas entrevistas é possível verificar uma preocupação ao nível dos horários actualmente praticados, chamando a atenção para a necessidade destes virem a ser mais alargados (incluindo os fins-de-semana) e chegarem principalmente aos utentes e famílias com dificuldades financeiras. Nesta questão, também foi referida uma lacuna ao nível de Centro de Dia e SAD: a falta de um médico que dê apoio a este serviço, que invariavelmente obriga a recorrer ao Médico de Família, articulação nem sempre fácil.

- Ao nível de respostas de apoio social formal, utentes e familiares, de um modo geral encontram-se satisfeitos com as respostas encontradas. No entanto, o factor família (rede informal) continua a assumir primordial relevância quando á necessidades de apoio de terceiros.

- Para a área da enfermagem e do serviço social, a questão da prestação de cuidados paliativos no contexto da hemodiálise é uma área onde deverão ser desenvolvidas competências ao nível de aprofundamento de conhecimentos. Para a classe médica, o que está subjacente nesta matéria são os critérios clínicos e humanos que envolvem esta grande decisão, uma vez que a assistência na doença crónica grave e irreversível vai sendo prestada através da terapêutica substitutiva mas leva-nos a reflectir sobre até que ponto esta situação é profícua para o doente. Quando um doente hemodialisado toma a decisão de querer deixar de realizar os tratamentos, que sabe serem apenas de sobrevivência, é necessário respeitar esta decisão.

- A associação Cuidados Paliativos versus Insuficiência Renal Crónica para os utentes entrevistados, teve receptividade por parte de todos os entrevistados das áreas da saúde e serviço social. O mesmo não se pode dizer relativamente aos familiares que os acompanham, sendo que dois destes não quiseram aprofundar a sua resposta sobre esta matéria. Este facto pode, no entanto, revelar da sua parte algum desconhecimento sobre o significado destes cuidados, e suas implicações - a suspensão deste tratamento – sendo uma área que está pouco desenvolvida na área da hemodiálise.

- Não devemos esquecer, a sugestão de um familiar sobre a possível a criação de unidades integradas associadas à hemodiálise. Estas unidades permitiriam que aqueles doentes mais dependentes não tivessem de se deslocar e sair do local onde vivem para realizarem o tratamento e, simultaneamente, permitiria dar resposta a

questões de necessidade de cuidados prolongados que a família não conseguisse providenciar.

Parafraseando Potter e Perry (1999<sup>a</sup>), no Século XXI a saúde será observada numa perspectiva multidimensional que pressupõe o conceito de saúde numa visão multifactorial, podendo conter vários elementos como o sentimento, o relacionamento amoroso, o prazer pela vida, uma forte rede de apoio social, a sensação de um sentido de vida ou certo nível de independência<sup>27</sup>.

<b>Enfermagem</b>	<p>Nesta área encontramos referências a quatro dos clusters identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão Pessoal/ Planeamento – Polivalência</li> <li>- Empreendedorismo – Gestão da Hemodiálise (o olhar o doente como um todo)</li> <li>- Competências Sociais – Capacidade de comunicação, trabalho em equipa</li> <li>- Conhecimentos Técnicos: Tecnológicos, informática, desenvolvimento de</li> </ul>
<b>Médica</b>	<p>As competências referidas pelos entrevistados pertencem ao Cluster das Competências Sociais:</p> <p><i>Trabalho em equipa, capacidade de comunicação (ouvir/avaliar)</i></p>
<b>Social</b>	<p>Nesta área foram referidas pelos entrevistados competências incluídas nos seguintes Clusters:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Competências sociais - trabalho em rede e parceria, interculturalidade (devido à diversificação de clientes)</li> <li>Conhecimentos técnicos a nível legislativo, aquisição de e-skills, e conhecimento de</li> </ul>

Quadro Resumo de Competências a desenvolver nas três áreas profissionais

- Ao nível da Formação/Informação de Cuidadores Informais, foi por todos os profissionais salientada a importância do seu envolvimento e participação na prestação de cuidados a uma pessoa idosa em hemodiálise. No entanto, a formação a leigos foi referida sob três perspectivas diferentes:

- Formação, mas sem recurso a conteúdos e programas estruturados;
- Providenciar materiais de informação, mas com alguma diferenciação, atendendo ao nível cultural e social das pessoas;
- Envolver outras áreas de suporte à doença, designadamente o serviço social e a dietista alimentar, para transmissão de conhecimentos não clínicos sobre o tratamento;
- Apoio e o contacto continuado quer via telefone quer presencialmente;

---

<sup>27</sup> Imaginário, Cristina, O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma Análise da visão da Família e do Cuidador Principal, Formasau – Formação e Saúde Lda, Coimbra, s/d, pág. 54.

- Se considerarmos que os familiares que acompanham os doentes em programa de hemodiálise sentem os efeitos negativos da doença, nomeadamente ao nível de conflitos familiares, stress individual e alargado, compreende-se a sua posição ao afirmarem que gostariam de ter mais informação sobre a doença, sobre as respostas de apoio social existentes e sobre questões práticas do dia-a-dia, como por exemplo aquelas relacionadas com a mobilidade e as técnicas de mobilização de uma pessoa dependente.

- É de sublinhar o total desconhecimento por parte dos utentes e familiares ao nível das respostas integradas, nomeadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Geralmente, este esclarecimento é efectuado em Atendimentos de Serviço Social.

- No que toca às respostas de apoio formal, como é o caso do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), esta é uma resposta de apoio social com tendência a aumentar face à grande procura que já se começa a verificar. Das respostas apuradas nas entrevistas é possível verificar uma preocupação ao nível dos horários actualmente praticados, chamando a atenção para a necessidade destes virem a ser mais alargados (incluindo os fins-de-semana) e chegarem principalmente aos utentes e famílias com dificuldades financeiras. Nesta questão, também foi referida uma lacuna ao nível de Centro de Dia e SAD: a falta de um médico que dê apoio a este serviço, que invariavelmente obriga a recorrer ao Médico de Família, articulação nem sempre fácil.

- Ao nível de respostas de apoio social formal, utentes e familiares, de um modo geral encontram-se satisfeitos com as respostas encontradas. No entanto, o factor família (rede informal) continua a assumir primordial relevância quando á necessidades de apoio de terceiros.

- Para a área da enfermagem e do serviço social, a questão da prestação de cuidados paliativos no contexto da hemodiálise é uma área onde deverão ser desenvolvidas competências ao nível de aprofundamento de conhecimentos. Para a classe médica, o que está subjacente nesta matéria são os critérios clínicos e humanos que envolvem esta grande decisão, uma vez que a assistência na doença crónica grave e irreversível vai sendo prestada através da terapêutica substitutiva mas leva-nos a reflectir sobre até que ponto esta situação é profícua para o doente. Quando um doente hemodialisado toma a decisão de querer deixar de realizar os tratamentos, que sabe serem apenas de sobrevivência, é necessário respeitar esta decisão.

- A associação Cuidados Paliativos *versus* Insuficiência Renal Crónica para os utentes entrevistados, teve receptividade por parte de todos os entrevistados das áreas da saúde e serviço social. O mesmo não se pode dizer relativamente aos familiares que os acompanham, sendo que dois destes não quiseram aprofundar a sua resposta sobre esta matéria. Este facto pode, no entanto, revelar da sua parte algum desconhecimento sobre o significado destes cuidados, e suas implicações - a suspensão deste tratamento – sendo uma área que está pouco desenvolvida na área da hemodiálise.

- Não devemos esquecer, a sugestão de um familiar sobre a possível a criação de unidades integradas associadas à hemodiálise. Estas unidades permitiriam que aqueles doentes mais dependentes não tivessem de se deslocar e sair do local onde vivem para realizarem o tratamento e, simultaneamente, permitiria dar resposta a questões de necessidade de cuidados prolongados que a família não conseguisse providenciar.

Parafraseando Potter e Perry (1999<sup>a</sup>), no Século XXI a saúde será observada numa perspectiva multidimensional que pressupõe o conceito de saúde numa visão multifactorial, podendo conter vários elementos como o sentimento, o relacionamento amoroso, o prazer pela vida, uma forte rede de apoio social, a sensação de um sentido de vida ou certo nível de independência<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Imaginário, Cristina, O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma Análise da visão da Família e do Cuidador Principal, Formasau – Formação e Saúde Lda, Coimbra, s/d, pág. 54.

## 6. Bibliografia

- Alto Comissariado da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2011-2016.
- A Dependência: O Apoio Informal, a rede de serviços e equipamentos cuidados continuados integrados, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 1.ªEd. Outubro 2009.
- Bardin, Laurence, Análise de Conteúdo, Edições 70, Lisboa, 1977.
- Câmara, Pedro B., Guerra, Paulo B., Rodrigues, Joaquim V., Humanator 2001 – Recursos Humanos e Sucesso Empresarial, 6.ªEdição, Publicações Dom Quixote, Coleção Gestão e Inovação, Março 2005.
- Comunicação da Comissão, “Uma Sociedade para Todas as Idades – Promover a prosperidade e solidariedade entre gerações”, Bruxelas, Maio, 1999.
- Cuidados Familiares a Pessoas Muito Idosas, Documentos Temáticos n.º 5, D.G Saúde, 1999.
- Despacho n.º 4325/2008 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Eurostat, the Statistical Office of the European Union, Commission Staff Working Document, Demography Report, 2010.
- European Union, New Skills for New Jobs: Action Now - A report by the Expert Group on New Skills for New jobs prepared for the European Commission, February 2010
- Fundação Aga Khan, Estudo de Avaliação das Necessidades da População Senior em Portugal, CEDRU – Grupo de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em Colaboração BCG – Boston Consulting Group, Fevereiro 2008
- Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Instituto da Segurança Social, Agosto, 2010.
- Günther, H., (2006) Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão, Ed. Cadernos de Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol.22 2.ªEd., Brasília
- Imaginário, Cristina, O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma Análise da visão da Família e do Cuidador Principal, Formasau – Formação e Saúde Lda, Coimbra, s/d.
- Investing in The Future of Jobs and Skills, Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and Knowledge needs, Sector Report Health and Social Services, European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, May 2009.
- Manual de Hemodiálise para Enfermeiros, Fresenius Medical Care, 2011.

- Manual de Hemodiálise Domiciliária, Fresenius Medical Care, Janeiro, 2011.
- Nicola, Rui, Protecção Social a Idosos – Rede de Serviços e Equipamentos, Fev. 2011.
- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Direcção - Geral de Saúde, Circular Normativa n.º13, DGCG, 2004.
- Petronilho, Fernando Alberto Soares, Preparação do Regresso a Casa, Edição Formasau – Formação e Saúde Lda, Coimbra Dezembro 2007.
- Premio O.I.S.S. Los Servicios Sociales para las personas mayores”, Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Edita Secretaría General de la OISS, España, Abril 2000.
- Recommendation of the European Parliament and of the Council, of 18 December 2006, on Key competences for lifelong learning (Official Journal L394 of 30.12.2006).
- Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ribeiro, José Luís Pais Ribeiro, Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde, Legis Editora, Livpsic Psicologia – Edições de Psicologia, 2007.
- Ribeiro, José Luís Pais Ribeiro, Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde, Legis Editora, Livpsic Psicologia – Edições de Psicologia, 2007.
- Rosa, Maria João Valente, “Reformados e Tempos Livres – Resultados do Inquérito realizado em 1998 à população activa e reformada sobre actividades de lazer, Edições Colibri/Inatel, Lisboa, 1999.
- Sequeira, Carlos, Cuidar de Idosos Dependentes – Diagnósticos e Intervenções, 1ª Ed., Ed. Quarteto, Setembro 2007.
- SOUSA, Liliana, FIGUEIREDO, Daniela, CERQUEIRA, Margarida, *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*, Colecção A Idade do Saber, Editora Ambar, Porto 2004.
- Simões, Jacinto, Contribuição para a história da Nefrologia em Portugal, Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão, 2004:18 (2): 61-70.
- Valderrábano, Fernando, Tratado de Hemodiálisis, Editorial Médica JIMS, España, 1999.

## **Anexo:**

### **Consentimento informado**

#### **Estudo de Caso**

“O Envelhecimento, a Insuficiência Renal Crónica Terminal, e o desenvolvimento de Competências”

O presente Estudo de Caso inserido num Projecto de Investigação subordinado ao tema “Novos Empregos e Competências nos Sectores da Saúde e Serviços Sociais” propõe-se a:

- Conhecer as linhas de tendência de evolução da Insuficiência Renal Crónica Terminal;
- E verificar qual ou quais serão as competências a desenvolver neste sector em termos de melhoria na prestação de cuidados e de apoio a pessoas com mais de 65 anos e suas famílias, quando em situação de dependência atendendo ao horizonte 2020.

A sua participação é fundamental e voluntária e os dados são confidenciais.

Concordo em participar neste estudo, e tomei conhecimento que tenho o direito de recusar participar.

Assinatura e data

## **ANEXO 9**

## ANEXO 10

ARTIGO DE OPINIÃO A PUBLICAR NA REVISTA “HOSPITAL DO FUTURO”

### O EMPREENDEDORISMO Em CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE AO DOMICÍLIO

#### - RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA -

Recentemente, tive uma experiência com um familiar próximo que necessitou de cuidados de saúde, com carácter urgente, o que me levou a reflectir e avaliar o grau de eficiência do SNS – Serviço Nacional de Saúde.

Naturalmente, que não tenho conhecimentos técnicos nem científicos que me permitam avaliar o grau da qualidade assistencial, mas sim, numa perspectiva de gestão e organização.

Em Junho de 2011, pela primeira vez, recorri ao INEM a fim de prestar assistência ao meu pai, com 94 anos, devido a bloqueio auríco-ventricular com perda de conhecimento e bradicardia extrema.

Em menos de 10 minutos, após o pedido de assistência, em Lisboa, o quarto do meu pai foi transformado num espaço onde estavam quatro técnicos de saúde, liderados por um médico, com equipamentos de suporte de vida e outros meios complementares, em que cada um assumiu um papel preponderante, perfeitamente definido e hierarquizado.

A actuação da equipa do INEM evidenciou um elevado sentido de urgência, dever e profissionalismo, que considero inexcelável.

Estabilizado o doente, foi transportado e assistido pela equipa até ao Hospital de S. José e cerca de 15 minutos após a entrada já se encontrava na Unidade de Urgência Médica para implantação de um “*pacemaker*”. Saiu desta Unidade cerca de uma hora após a entrada mantendo-se no Serviço de Observação Permanente, com monitorização e demais procedimentos necessários em termos médicos e de enfermagem. O meu pai estava perfeitamente lúcido, tranquilo e confiante.

Apesar do sucesso em todas estas fases críticas, o funcionário que deveria fazer o espólio da roupa demorou mais de duas horas, devido à mudança de turno com outro colega.

Naturalmente, que notei uma falta de organização nos dois funcionários e quando fiz o reparo constatei que não reportavam a uma hierarquia clara.

Evidentemente, que a actuação destes funcionários não teve qualquer repercussão no doente, mas deixou uma nota menos positiva num tratamento clínico excelente.

Relativamente aos dias em que permaneceu internado, numa enfermaria pequena e confortável, é de relevar a forma profissional como foi assistido pelos diversos profissionais, liderados assiduamente por uma médica, no referido Hospital.

Posteriormente, teve uma recaída com um quadro clínico grave de insuficiência cardíaca e respiratória, dando entrada novamente no Hospital de S. José e ficado internado na mesma enfermaria, cuja assistência e tratamento foram igualmente excelentes.

No entanto, quando estava no Serviço de Urgência dado se encontrar muito agitado foi-lhe administrado um medicamento para acalmar, a fim de ser transferido para o Serviço de Internamento.

O funcionário do serviço que devia levar o doente para a enfermaria, pelas 22,00 horas, não o fez, porque segundo ele referiu estava em mudança de turno pelas 23,00 horas. Como resultado disso, o funcionário que o substituiu levou o meu pai para a enfermaria só 90 minutos após a dita injeção, naturalmente já muito agitado e impaciente. Claro que esta situação resultou da reincidência de falta de organização e hierarquia.

Saliento, ainda, que quando lhe foram dadas as altas foi portador de relatórios detalhados com todas as ocorrências, terapêutica e recomendações, bem como exames médicos, o que muito facilitou o seguimento clínico pela médica de família, Dra. Fátima Almeida Nunes, com cuidados de saúde consistentes, rigorosos e com a evidência dos resultados muito positivos.

Após ter alta da segunda recaída, o meu pai necessitou durante sensivelmente um mês de cuidados continuados na residência, 24,00 horas por dia, com inclusão da higiene diária e demais cuidados necessários.

A situação tornou-se penosa quando tentei colmatar estas necessidades e verifiquei que não havia organizações nem pessoal especializado que prestassem cuidados continuados de saúde ao domicílio, particularmente à noite e nos fins-de-semana, de forma contínua, idónea e de confiança.

A decisão da família era estar próximo do pai e por condição nenhuma optar por um lar com maior ou menor conforto, talvez a razão do desespero de falta de profissionais nos cuidados continuados de saúde ao domicílio. Falei com vários amigos, designadamente médicos, cuja experiência era a mesma para situações idênticas de pais, avós e até cônjuge.

Contratei sucessivas empresas e pessoas com a condição principal de garantirem cuidados continuados de saúde e higiene ao domicílio durante a noite e, sistematicamente, à terceira ou quarta noite faltavam por qualquer razão. Quase sempre eram pessoas que tinham outro trabalho e que não davam tranquilidade e confiança.

Considero que face ao envelhecimento progressivo da população é importante que a comunidade e o Estado se mobilizem para que sejam criados mais serviços de cuidados continuados de saúde ao domicílio, com pessoal especializado que permitam apoiar as famílias para manterem os idosos em suas casas, evitando-se, assim, que muitos deles permaneçam em Hospitais e Lares por não terem quem cuide deles.

Esta necessidade implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros elementos de intervenção social.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje em dia um desafio à responsabilidade colectiva, com impacto na qualidade de vida e redução de custos em saúde.

Segundo projecções do Instituto Nacional de Estatística (INE) o número de idosos (mais de 65 anos) atingirá, em Portugal, 2,95 milhões em 2050, mais um milhão do que em 2005 (1,78 milhão).

Assim, entendo que no domínio dos cuidados continuados de saúde ao domicílio em Portugal está tudo por fazer.

Há de facto um mar de oportunidades para o empreendedorismo em cuidados continuados de saúde ao domicílio, designadamente nos grandes centros populacionais, como as regiões de Lisboa, Porto, Coimbra e, particularmente, no Algarve.

Digo, Algarve, porque não é possível atrair estrangeiros da 3ª idade para residirem em Portugal, ou mesmo outros que queiram passar uma férias mais prolongadas, com conforto financeiro, sem que haja cuidados continuados de saúde fiáveis ao domicílio.

Actualmente, Portugal está proporcionalmente acima da média da União Europeia em termos de infra-estruturas, designadamente: Auto-estradas; aeroportos; hospitais; portos marítimos; desportivas (futebol, ténis, golfe); hoteleiras, etc. Em termos de recursos humanos dispõe de professores, médicos, engenheiros, economistas, investigadores com qualidade reconhecida internacionalmente.

Portugal dispõe do que há de melhor na Europa relativamente a sol, mar, clima, hospitalidade e segurança. Contudo, falta-lhe o aprofundamento das estratégias simples para o desenvolvimento de “nichos” de actividades, como por exemplo, a indústria de uma segunda casa de habitação para as famílias europeias e do mundo, de faixa média e alta, os SPA`s para reabilitação de saúde, bem como o desenvolvimento de outros serviços e bens de conforto com valor acrescentado.

Efectivamente, para haver empreendedorismo em todos os ramos de actividade é preciso acreditar, ter ambição, seriedade, resiliência, investindo dias, meses e anos sem horário de trabalho.

A primeira barreira para iniciar um negócio não é de natureza financeira, mas sim a força interior que nos leve a acreditar que é possível atingir os resultados.

Os sócios e parceiros, normalmente amigos de escola ou familiares, têm de estabelecer uma relação sólida de confiança e respeito mútuo. Evidentemente, que ao fim de três a cinco anos de actividade, senão antes, geram-se conflitos de interesse nas empresas, entre sócios e parceiros, os quais são agravados com o crescimento do negócio. Estes podem ser acautelados desde que desde o início fiquem definidas as atribuições, ou seja, os fins a serem prosseguidos e as competências, ou seja, os poderes cometidos a cada um.

A actividade de cuidados continuados de saúde ao domicílio exige conhecimentos mais do que muitas outras áreas de actividade porque os erros podem ser irreparáveis. Assim, a formação, experiência e conhecimentos são muito importantes.

A título de exemplo, volto a citar o caso do meu pai em que agravámos inconscientemente o estado de saúde, por lhe termos dado água em demasia, face à sensibilidade dos problemas de saúde que atravessava.

Espero que os hospitais e lares do futuro voltem a ser hospitais e lares do passado, no domínio da humanização, sem paredes, como viveu o meu avô nas décadas de 60 e 70, no final da vida, em Vila Franca de Xira, rodeado de netos e bisnetos até aos 93 anos, em que estes faziam uma escala para barbear diariamente o “*bisa*”.

Os custos da saúde do avô foram minimizados com o recurso pontual ao velho Hospital local, sempre com atendimento pronto e proporcional.

Apesar do Serviço Nacional de Saúde ser, frequentemente, objecto de críticas na comunicação social, o que também entendo, é certo que também pode melhorar muito em termos quantitativos e qualitativos com a introdução de indicadores a todos os níveis de monitorização e avaliação, portanto, sem despesas acrescidas.

A minha experiência foi muito positiva, isto é, o meu pai está actualmente muito bem de saúde, com autonomia e mobilidade, como resultado da assistência que lhe foi prestada pelo SNS.

Contudo, hoje em dia julgo que é simples e não oneroso através das novas tecnologias, o meu pai, família e provavelmente os cidadãos em geral conhecerem os custos reais dos cuidados de saúde disponibilizados pelo SNS, a cada cidadão, no sentido pedagógico destes avaliarem/valorizarem/racionalizarem o recurso a este bem comum e escasso.

*Gonçalves Pereira*

## ANEXO 11

### Agente em Geriatria

#### Perfil profissional nível 2

Prestar cuidados de apoio directo a idosos, no domicílio e em contexto institucional, nomeadamente, lares e centros de dia, zelando pelo seu bem-estar físico, psicológico e social, de acordo com as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos.

#### ACTIVIDADES

1. Preparar o serviço relativo aos cuidados a prestar, seleccionando, organizando e preparando os materiais, os produtos e os equipamentos a utilizar.
2. Prestar apoio a idosos, no domicílio ou em contexto institucional, relativamente a cuidados básicos de higiene, de conforto e de saúde, de acordo com o seu grau de dependência e as orientações da equipa técnica.
3. Prestar apoio na alimentação dos idosos, de acordo com as orientações da equipa técnica.
4. Prestar cuidados de higiene e arrumação do meio envolvente e da roupa dos idosos.
5. Colaborar na prevenção da monotonia, do isolamento e da solidão dos idosos, no domicílio e em contexto institucional, de acordo com as orientações da equipa técnica.
6. Articular com a equipa técnica, transmitindo a informação pertinente sobre os serviços prestados, referenciando, nomeadamente, situações anómalas respeitantes aos idosos.

#### COMPETÊNCIAS

## SABERES

Noções de:

1. Funcionamento e características das instituições e serviços de apoio ao idoso.
2. Processo de envelhecimento e caracterização psicossocial da velhice.
3. Psicopatologia do idoso.
4. Nutrição e dietética.
5. Primeiros socorros.

Conhecimentos de:

6. Língua portuguesa.
7. Comunicação e relações interpessoais.
8. Higiene pessoal e conforto do idoso.
9. Cuidados básicos de prevenção e saúde do idoso.
10. Posicionamento e mobilidade.
11. Segurança e prevenção de acidentes.
12. Higiene e segurança alimentar.
13. Higiene ambiental.
14. Princípios e técnicas de animação de idosos.
15. Normas de segurança, higiene e saúde da actividade profissional.
16. Ética e deontologia da actividade profissional.

## SABERES-FAZER

1. Caracterizar e reconhecer os aspectos psicossociais do processo de envelhecimento e da velhice.

2. Exprimir-se de forma a facilitar a comunicação com os idosos e a equipa técnica.
3. Utilizar os procedimentos de organização e preparação dos materiais, produtos e equipamentos que utiliza.
4. Aplicar as técnicas e os procedimentos relativos aos cuidados de higiene pessoal e de conforto dos idosos.
5. Adequar os cuidados de higiene e conforto às necessidades e características do idoso.
6. Aplicar as técnicas e os procedimentos relativos aos cuidados básicos de saúde do idoso.
7. Utilizar os procedimentos e as técnicas de primeiros socorros em situação de acidente.
8. Aplicar técnicas adequadas à manutenção da mobilidade do idoso.
9. Identificar situações de risco de acidente e as medidas de segurança adequadas.
10. Adequar as refeições às características e necessidades dos idosos, tendo em conta o equilíbrio alimentar e as indicações da equipa técnica.
11. Aplicar os princípios e as regras de higiene alimentar na armazenagem e conservação dos produtos e no serviço de refeições.
12. Utilizar as técnicas respeitantes aos cuidados de higiene e arrumação do meio envolvente do idoso.
13. Utilizar as técnicas respeitantes aos cuidados de limpeza e tratamento de roupa.
14. Aplicar as técnicas de animação mais adequadas às necessidades e interesses dos idosos.
15. Detectar sinais ou situações anómalas referentes às condições de higiene e conforto do idoso, bem como referentes a  
  
outras situações.

16. Aplicar as normas de segurança, higiene e saúde relativas ao exercício da actividade.

#### SABERES-SER

1. Respeitar os princípios de ética e deontologia inerentes à profissão.
2. Motivar os outros para a adopção de cuidados de higiene e conforto adequados.
3. Respeitar a privacidade, a intimidade e a individualidade dos outros.
4. Revelar equilíbrio emocional e afectivo na relação com os outros.
5. Adaptar-se a diferentes situações e contextos familiares.
6. Promover o bom relacionamento interpessoal.
7. Tomar a iniciativa no sentido de encontrar soluções adequadas na resolução de situações imprevistas.

#### PERFIL

## **ANEXO 12**

### **TÉCNICO/A AUXILIAR DE SAÚDE**

#### **Perfil profissional de nível 4**

O/A Técnico/a Auxiliar de Saúde é o/a profissional que auxilia na prestação de cuidados de saúde aos utentes, na recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização dos espaços e no apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde, sob orientações do profissional de saúde.

#### **ACTIVIDADES**

1. Auxiliar na prestação de cuidados aos utentes, de acordo com orientações do enfermeiro.
2. Auxiliar nos cuidados post-mortem, de acordo com orientações do profissional de saúde.
3. Assegurar a limpeza, higienização e transporte de roupas, espaços, materiais e equipamentos, sob a orientação de profissional de saúde.
4. Assegurar actividades de apoio ao funcionamento das diferentes unidades e serviços de saúde.
5. Auxiliar o profissional de saúde na recolha de amostras biológicas e transporte para o serviço adequado, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos.

#### **COMPETÊNCIAS**

#### **SABERES**

Noções de:

1. Alcoolismo e a toxicodependência.
2. Alimentação, nutrição, dietética e hidratação: conceitos, classificação, composição dietética dos alimentos, necessidades no ciclo de vida e terapêuticas nutricionais.
3. Acesso à saúde.
4. Doenças profissionais: tipologia e causas.
5. Ergonomia: conceito.
6. Estruturas Prestadoras de Cuidados de Saúde: diferentes contextos.
7. Grupos: conceito e princípios de funcionamento.
8. Hepatite e tuberculose.
9. Interculturalidade e género na saúde.
10. Morte e luto.
11. Necessidades humanas básicas.
12. Negligência, mal tratos e violência.
13. Políticas e orientações no domínio da saúde.
14. Direitos e deveres da utente que recorre aos serviços de saúde.
15. Qualidade em saúde.
16. Saúde mental: doença mental e alterações/perturbações mentais: conceito.
17. Sistemas, subsistemas e seguros de saúde.
18. Trabalho em equipa: equipas multidisciplinares em saúde.

19. VIH-Sida.

Conhecimentos de:

20. Lavagem, desinfecção, esterilização: princípios, métodos e técnicas associadas.

21. Pele e sua integridade: estrutura, funções, envelhecimento e implicações nos cuidados de saúde, factores que interferem na cicatrização, conceito de ferida aguda e crónica.

22. Privacidade e intimidade nos cuidados de higiene e eliminação; factores ambientais e pessoais propiciadores de conforto e desconforto.

23. Acompanhamento da criança nas actividades diárias: especificidades.

24. Acompanhamento do utente com alterações de saúde mental nas actividades diárias: especificidades.

25. Acompanhamento do utente em situação vulnerável nas actividades diárias: especificidades.

26. Acompanhamento do idoso nas actividades diárias: especificidades.

27. Acompanhamento nas actividades diárias ao utente em final de vida: especificidades.

28. Armazenamento e conservação de material de apoio clínico, material clínico desinfectado /esterilizado: métodos e técnicas.

29. Atendimento telefónico e presencial em Serviços de Saúde.

30. Circuitos de informação e mecanismos de articulação entre unidades e serviços.

31. Comunicação e interculturalidade em Saúde.

32. Comunicação e o Género em Saúde.

33. Comunicação na interacção com indivíduos: em situações de vulnerabilidade; com alterações sensoriais; com alterações

de comportamento, e/ou alterações ou perturbações mentais.

34. Comunicação na interacção com o utente, cuidador e/ ou família.

35. Confeção de refeições ligeiras e suplementos alimentares.

36. Cuidados de apoio à eliminação: materiais, técnicas e dispositivos de apoio, sinais de alerta.

37. Cuidados de higiene e conforto: materiais, técnicas e dispositivos de apoio.

38. Cuidados na alimentação e hidratação oral: técnicas, riscos e sinais de alerta.

39. Direitos e deveres do Auxiliar de Saúde.

40. Equipamento de protecção individual (utilização e descarte).

41. Equipas multidisciplinares nos diferentes contextos da saúde.

42. Erro Humano: Conceito, causas e consequências.

43. Etapas do ciclo de vida do homem.

44. Anatomia e fisiologia do corpo Humano: noções gerais.

45. Sistemas circulatório, respiratório, nervoso, músculo-esquelético, urinário, genito-reprodutor, gastrointestinal, neurológico, endócrino e os órgãos dos sentidos: sinais e sintomas de alerta de problemas associados: noções gerais.

46. Lavagem de materiais e equipamentos utilizados na lavagem, higienização e desinfecção de instalações/superfícies do serviço/unidade: métodos e técnicas.

47. Lavagem e desinfecção de equipamentos do serviço/unidade: métodos e técnicas.

48. Lavagem e desinfecção de materiais hoteleiros, apoio clínico e clínico: métodos e técnicas.

49. Lavagem e higienização de instalações e mobiliário da unidade do utente: processo, métodos e técnicas.
50. Legislação de enquadramento da actividade profissional.
51. Legislação no âmbito da prevenção e controlo da Infecção.
52. Logística e reposição de materiais.
53. Manutenção preventiva de equipamentos próprios a cada serviço.
54. Medidas de prevenção, protecção e tipos de actuação no âmbito da SHST.
55. Sistema integrado de emergência médica.
56. Tratamento de resíduos: recolha, triagem transporte e acondicionamento e manuseamento.
57. Perfil profissional Auxiliar de Saúde: contexto de intervenção.
58. Posicionamento, mobilização, transferência e transporte: conceito, princípios, e ajudas técnicas.
59. Prevenção e controlo da infecção: princípios, medidas e recomendações.
60. Princípios éticos no desempenho profissional.
61. Qualidade e higiene alimentar.
62. Primeiros socorros.
63. Técnicas de banho na cama e na casa de banho.
64. Técnicas de fazer de desfazer camas, berços e macas desocupadas.
65. Técnicas de vestir e despir.
66. Técnicas preventivas de controlo e gestão do stress profissional nomeadamente em situações limitem, sofrimento e agonia.

67. Tipologia de equipamentos de serviço/unidades no âmbito dos cuidados directos ao utente.

68. Tipologia de materiais de apoio clínico e material clínico.

69. Tipologia de materiais de cada serviço: tipo de utilização, função e mecanismos de controlo de gastos associados.

70. Tipologia de materiais e produtos de higiene e limpeza da unidade do utente: tipo de utilização, manipulação e modo de conservação.

71. Técnicas de cuidados ao corpo *post-mortem*.

72. Tipologia de produtos de lavagem, desinfeção, esterilização: aplicação e recomendações associadas.

73. Tipologia de resíduos.

74. Tipologia de roupa.

75. Tipologia e características dos serviços/unidades no âmbito dos cuidados directos ao utente: consultas, serviço laboratório e patologia clínica, farmácia, estomatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, imagiologia-diagnóstico e terapêutica, cardiologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, fisioterapia e reabilitação, urgência, neurofisiologia e electroconvulsivoterapia, ortopedia e traumatologia, medicina nuclear e farmácia.

76. Transporte de amostras biológicas: procedimentos e protocolos.

77. Tratamento de roupas – recolha, manuseamento, triagem, transporte e acondicionamento.

## SABERES-FAZER

1. Aplicar as medidas de prevenção, protecção e tipos de actuação no âmbito da higiene e segurança no trabalho.

2. Aplicar as técnicas de higienização das mãos, de acordo com normas e procedimentos definidos.
3. Aplicar as técnicas de lavagem (manual e mecânica) e desinfecção aos equipamentos do serviço.
4. Aplicar as técnicas de lavagem (manual e mecânica) e desinfecção a material hoteleiro, material de apoio clínico e material clínico.
5. Aplicar as técnicas de lavagem higienização das instalações e mobiliário da unidade do utente/serviço.
6. Aplicar as técnicas de tratamento de resíduos: recepção, identificação, manipulação, triagem, transporte e acondicionamento.
7. Aplicar as técnicas de tratamento de roupa: recolha, triagem, transporte e acondicionamento.
8. Aplicar as técnicas de tratamento, lavagem (manual e mecânica) e desinfecção aos equipamentos e materiais utilizados na lavagem e higienização das instalações/superfícies da unidade/serviço.
9. Aplicar normas e procedimentos a adoptar perante uma situação de emergência no trabalho.
10. Aplicar normas e procedimentos de qualidade.
11. Aplicar os métodos e técnicas de lavagem, desinfecção e esterilização de materiais.
12. Aplicar técnicas de apoio à eliminação manuseando os dispositivos indicados: cadeira sanitária; arrastadeira; urinol; fralda; saco de drenagem de urina (despejo).
13. Aplicar técnicas de apoio à higiene e conforto, na cama e na casa de banho.
14. Aplicar técnicas de apoio na alimentação e hidratação oral.
15. Aplicar técnicas de armazenamento e conservação de material de apoio clínico, material clínico desinfectado/esterilizado.

16. Aplicar técnicas de comunicação na interacção com o indivíduo com alterações sensoriais.

17. Aplicar técnicas de comunicação na interacção com o indivíduo em situação de vulnerabilidade.

18. Aplicar técnicas de comunicação na interacção com o indivíduo, cuidador e/ou família com alterações de comportamento ou alterações ou perturbações mentais.

19. Aplicar técnicas de comunicação no atendimento presencial e telefónico em serviços de saúde.

20. Aplicar técnicas preventivas de controlo e gestão do stress profissional nomeadamente em situações limite, sofrimento e agonia.

21. Cumprir e aplicar procedimentos definidos.

22. Preparar e aplicar os diferentes tipos de produtos de lavagem, desinfectação e esterilização.

23. Preparar um tabuleiro de alimentação, segundo plano alimentar/ dietético, prescrito.

24. Preparar, acondicionar e conservar alimentos frescos e confeccionados, para pequenas refeições e suplementos alimentares, prescritas em plano alimentar/dietético.

25. Utilizar e descartar correctamente o equipamento de protecção individual adequado.

26. Utilizar o equipamento de protecção individual adequado

## SABERES-SER

1. Adaptar-se e actualizar-se a novos produtos, materiais, equipamentos e tecnologias.

2. Agir em função das orientações do profissional de saúde e sob a sua supervisão.
3. Agir em função de normas e/ou procedimentos.
4. Agir em função de princípios de ética.
5. Agir em função de diferentes contextos institucionais no âmbito dos cuidados de saúde.
6. Agir em função do estado de saúde do utente, segundo orientação do profissional de saúde.
7. Agir em função dos aspectos culturais dos diferentes públicos.
8. Assumir uma atitude de melhoria contínua.
9. Concentrar-se na execução das tarefas.
10. Trabalhar em equipa multidisciplinar.
11. Agir em função do bem-estar de terceiros.
12. Comunicar de forma clara e assertiva.
13. Cuidar da sua apresentação pessoal.
14. Demonstrar compreensão, paciência e sensibilidade na interacção com utentes.
15. Demonstrar interesse e disponibilidade na interacção com utentes, familiares e/ou cuidadores.
16. Demonstrar interesse e disponibilidade na interacção com os colegas de trabalho.
17. Demonstrar segurança durante a execução das tarefas.
18. Autocontrolar-se em situações críticas e de limite.



## **ANEXO 13**

### **AJUDANTE DE SAÚDE (M/F)**

#### **PERFIL PROFISSIONAL de NÍVEL 2**

**ÁREA DE ACTIVIDADE - SAÚDE**

**OBJECTIVO GLOBAL** - Colaborar na promoção da saúde, na prevenção da doença e da dependência e acompanhar, no domicílio e em articulação com a família, pessoas doentes ou com dependência, com vista à continuidade dos cuidados, respeitando e fazendo respeitar as indicações da equipa de saúde e os princípios deontológicos.

**SAÍDA(S) PROFISSIONAL(IS) - Ajudante de Saúde (m/f)**

#### **ACTIVIDADES**

- 1. Preparar o serviço relativo aos cuidados a prestar a pessoas doentes ou com dependência, de acordo com as orientações dos profissionais de enfermagem:**
  - 1.1. Verificar a programação das visitas e obter informações sobre o estado geral de saúde dos assistidos a visitar, tomando conhecimento do esquema de vigilância definido pelos profissionais de enfermagem;
  - 1.2. Efectuar visitas com o enfermeiro responsável no sentido do primeiro contacto com o assistido e inteirar-se das tarefas a executar.

**2. Colaborar ou prestar cuidados de higiene e velar pelas condições de conforto de pessoas doentes ou com dependência, de acordo com as orientações dos profissionais de enfermagem:**

- 2.1. Auxiliar o assistido no banho ou dar-lho, se necessário;
- 2.2. Prestar outros cuidados necessários à manutenção da higiene e conforto do assistido, fazendo-lhe a barba, cortando-lhe as unhas e substituindo-lhe a roupa de cama;
- 2.3. Auxiliar na mudança da roupa pessoal e substituir fraldas, se necessário;
- 2.4. Colaborar no controlo da temperatura do espaço envolvente e da temperatura corporal, indicando o uso de vestuário adequado ao meio e tomando outras medidas necessárias ao bem-estar;
- 2.5. Promover a mobilidade do assistido e a adopção de posturas correctas, tendo em vista a prevenção do sedentarismo e do imobilismo;
- 2.6. Prevenir as complicações das zonas de pressão, mobilizando, hidratando e massajando a pele do assistido com produtos adequados;
- 2.7. Observar, registar e comunicar queixas ou sinais de alteração da integridade cutânea e dificuldades de mobilização, de equilíbrio e outras.

**3. Vigiar e colaborar na satisfação das necessidades fisiológicas de pessoas doentes ou com dependência, de acordo com as orientações da equipa de saúde:**

- 3.1. Colaborar na organização das refeições e no equilíbrio alimentar, tendo em conta as orientações da equipa de saúde e as preferências

dos assistidos;

- 3.2. Colaborar na satisfação das necessidades alimentares, assegurando que as necessidades de comer e de beber são satisfeitas, vigiando a sua higiene;
- 3.3. Vigiando e colaborar nas necessidades de eliminação urinária e fezes, assegurando que são satisfeitas;
- 3.4. Substituir sacos colectores e de colostomia e observar, registar e referenciar o estado da urina e das fezes;
- 3.5. Colaborar na adaptação dos horários e do ambiente às necessidades de repouso e tranquilidade do assistido;
- 3.6. Vigiando e colaborar na satisfação das necessidades de repouso e do sono, assegurando que são satisfeitas.

**4. Colaborar na prevenção da monotonia, do isolamento e da solidão de pessoas doentes ou com dependência, promovendo a sua participação num projecto de vida, de acordo com as orientações da equipa de saúde:**

- 4.1. Estimular a manutenção do relacionamento com os outros, encorajando-o a participar em actividades da vida diária, de lazer e outras;
- 4.2. Colaborar na realização de actividades adequadas à situação de saúde do assistido, podendo mesmo acompanhá-lo nas suas deslocações.

**5. Colaborar na prevenção de acidentes domésticos e no exterior, de acordo com as orientações da equipa de saúde:**

- 5.1. Contribuir para a melhoria da organização do espaço doméstico, sugerindo uma disposição adequada do mobiliário e das condições de iluminação;

5.2. Transmitir aconselhamentos sobre medidas de segurança na prevenção de acidentes domésticos, sugerindo nomeadamente a utilização de vestuário e de calçado adequados e a protecção de superfícies;

5.3. Ajudar a prevenir acidentes na rua, alertando para os cuidados necessários a tomar nas deslocações do assistido.

**6. Contribuir para o cumprimento dos esquemas de vigilância propostos pela equipa de saúde:**

6.1. Providenciar pela aquisição e toma da medicação prescrita e alertar para os perigos da utilização inadequada de medicamentos e da auto-medicação;

6.2. Registrar e referenciar queixas relativas a reacções medicamentosas, com vista a informar a equipa de saúde;

6.3. Vigiar, registrar e referenciar a temperatura corporal, o pulso, a respiração, a tensão arterial e outros parâmetros;

6.4. Efectuar a marcação de consultas médicas e assegurar-se que o assistido vá às consultas, acompanhando-o se necessário.

**7. Orientar e transmitir conhecimentos e práticas aos familiares ou outros responsáveis pelos doentes ou pessoas com dependência, sobre cuidados de higiene e conforto, com vista a promover uma adequada prestação do cuidador, tendo em conta o respeito pela privacidade e intimidade do assistido, favorecendo a sua auto-estima e o bom inter-relacionamento familiar, de acordo com as orientações da equipa de saúde.**

**8. Promover a continuidade e a adequabilidade dos cuidados a prestar em colaboração com outros profissionais da saúde:**

- 8.1. Efectuar registos periódicos das visitas, assinalando as actividades desenvolvidas e as ocorrências observadas e referenciadas pelo assistido ou cuidador;
- 8.2. Articular com outros elementos da equipa da saúde, transmitindo a informação pertinente sobre o assistido, referindo as dificuldades encontradas e colaborando na sua resolução.

## **COMPETÊNCIAS**

### **SABERES**

1. Língua Portuguesa.
2. Comunicação e informação.
3. Relações interpessoais.
4. Processos motivacionais.
5. Noções de anatomia e fisiologia humana.
6. Nutrição e dietética.
7. Mobilização e repouso.
8. Higiene pessoal e ambiental.
9. Segurança e prevenção de acidentes.
10. Primeiros socorros.
11. Socialização e lazer.
12. Ética e deontologia da actividade profissional.

### **SABERES-FAZER**

1. Expressar-se, oralmente e por escrito, de forma a facilitar a comunicação com o assistido, o cuidador e a equipa de saúde.

2. Aplicar os procedimentos relativos aos cuidados básicos de saúde.
3. Adequar as refeições dos assistidos tendo em conta o equilíbrio alimentar e as indicações da equipa de saúde.
4. Aplicar técnicas adequadas à manutenção da mobilidade do assistido.
5. Aplicar os cuidados de higiene pessoal e ambiental.
6. Promover a satisfação das necessidades fisiológicas e de eliminação dos assistidos.
7. Adequar os cuidados de higiene e conforto às necessidades e características do assistido.
8. Detectar sinais ou situações anómalas referentes às condições de higiene e conforto do assistido, bem como referentes a outras situações.
9. Identificar situações de risco de acidente e as medidas de segurança adequadas.
10. Utilizar os procedimentos e as técnicas adequadas de primeiros socorros em situação de acidente.
11. Identificar as situações que são do âmbito exclusivo de actuação dos profissionais médicos e de enfermagem.
12. Utilizar os suportes de registo.

### **SABERES-SER**

1. Respeitar os princípios de ética e deontologia inerentes à profissão.
2. Motivar os outros para a adopção de cuidados de higiene e conforto adequados.
3. Respeitar a privacidade, a intimidade e a individualidade dos outros.
4. Revelar equilíbrio emocional e afectivo na relação com os outros.
5. Adaptar-se a diferentes situações e contextos familiares.
6. Promover o bom relacionamento interpessoal.

7. Tomar a iniciativa no sentido de encontrar soluções adequadas na resolução de situações imprevistas.

## **FORMAÇÃO PROFISSIONAL - ÁREAS TEMÁTICAS**

### DOMÍNIO SÓCIO-CULTURAL

- Desenvolvimento pessoal, profissional e social
- Legislação laboral e da actividade profissional

### DOMÍNIO CIENTÍFICO-TECNOLÓGICO

- Ética e deontologia profissional
- Sistema nacional de saúde
- Cuidados básicos de saúde
- Higiene pessoal e ambiental
- Nutrição e dietética
- Socialização e lazer
- Mobilização e repouso
- Anatomia e fisiologia humana
- Segurança e prevenção de acidentes
- Primeiros-socorros
- Relações interpessoais
- Comunicação e informação
- Técnicas de motivação

**Obs.** Os cursos de formação profissional nesta área devem integrar uma componente teórica e uma componente prática a desenvolver em contexto de formação e em contexto real de trabalho.