



Universidades Lusíada

Trindade, Maria Beatriz Couto

A questão da inserção profissional dos insuficientes renais crónicos e a estratégia terapêutica

<http://hdl.handle.net/11067/3970>

Metadados

Data de Publicação	1995
Resumo	Sofrer de insuficiência renal crónica terminal e continuar a viver e um dos muitos benefícios que resultam do desenvolvimento da ciência e tecnologia médicas, pois só o recurso a processos dialíticos sofisticados o permite. Os diferentes modos de tratamento substitutivo da função renal silo, além do transplante renal e da hemodiálise ou diálise peritoneal em centros especializados, também a hemodiálise no domicílio do doente ou em pequenas unidades e a diálise peritoneal ambulatória, sendo que e...
Palavras Chave	Doentes crónicos - Emprego - Portugal - Lisboa, Doentes crónicos - Cuidado e tratamento - Portugal - Lisboa, Insuficiência renal crónica - Aspectos sociais
Tipo	article
Revisão de Pares	no
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 11-12 (1995)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-23T06:09:48Z com informação proveniente do Repositório

A QUESTÃO DA INSERÇÃO PROFISSIONAL DOS INSUFICIENTES RENAI CRÓNICOS E A ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA ⁽¹⁾

Beatriz Couto ⁽²⁾

Introdução

Sofrer de insuficiência renal crónica terminal e continuar a viver é um dos muitos benefícios que resultam do desenvolvimento da ciência e tecnologia médicas, pois só o recurso a processos dialíticos sofisticados o permite. Os diferentes modos de tratamento substitutivo da função renal são, além do transplante renal e da hemodiálise ou diálise peritoneal em centros especializados, também a hemodiálise no domicílio do doente ou em pequenas unidades e a diálise peritoneal ambulatoria, sendo que estas três últimas modalidades supõem o auto-tratamento.

Relativamente à inserção profissional, a relevância da utilização de um ou outro processo advém não só do melhor equilíbrio psíquico e biológico que pode, consoante as particularidades de cada indivíduo, proporcionar ao doente, como também do grau de autonomia e disponibilidade de tempo que lhe confere. O transplante renal, quando é bem sucedido, é o único processo curativo. Com um novo rim, quem tinha perdido a função renal retoma-a, o seu estado de saúde aproxima-se do que tinha antes de adoecer e a sua esperança de vida aumenta, sendo os contactos com os serviços de saúde somente para controlo de fenómenos de rejeição do órgão transplantado ou de intercorrências, designadamente infecciosas, cada vez menos frequentes. Esta nova situação permite ao doente uma sociabilidade sem restrições significativas: vida familiar, profissional e social idênticas às dos padrões socialmente correntes, e é nos indivíduos que beneficiam de um novo rim que a literatura sempre refere melhores valores dos indicadores de qualidade de vida.

⁽¹⁾ Trabalho realizado em 1992, que só foi possível com o apoio e colaboração dos Directores e Administrações dos Centros de Hemodiálise, a quem muito agradeço.

⁽²⁾ Mestre em Serviço Social e Assistente do ISSS Lisboa.

Quanto aos insuficientes renais crónicos (IRC) que estão sujeitos a técnicas dialíticas a situação é diferente. No caso da hemodiálise em centro o IRC tem de se deslocar ao local de tratamento, habitualmente três vezes por semana, tendo de lá permanecer cerca de cinco horas. Se lhe acrescentarmos o tempo que dispende em transportes e, por vezes, em elementos auxiliares de diagnóstico, facilmente concluiremos da capital importância de que se revestem os aspectos logísticos e organizacionais da hemodiálise na disponibilidade do IRC para uma actividade profissional. Em Portugal esta modalidade de diálise é a única que é facultada aos insuficientes renais, embora poucos sejam os países inscritos na EDTA-ERA ⁽³⁾ que não lhes disponibilizam hemodiálise autónoma, quer no respectivo domicílio, quer em 'unidades satélite' de três ou quatro indivíduos.

Ao procurarmos caracterizar a inserção profissional dos insuficientes renais crónicos no Distrito de Lisboa, fizémo-lo tendo presente que a organização dos serviços de saúde não prevê nem previne as consequências da doença e do seu tratamento na vida quotidiana do doente e, em consequência, a inserção profissional do IRC irá depender da capacidade que ele próprio tiver de modelar o seu posto de trabalho. Mais especificamente o modelo de tratamento das equipas terapêuticas nas unidades de hemodiálise, públicas ou privadas, plasma-se no modelo médico de doença ⁽⁴⁾. Este modelo será útil na abordagem da doença aguda, mas não na da doença crónica, onde a própria organização dos cuidados terá de prever as consequências da doença no doente ⁽⁵⁾. Deste facto resulta, uma vez conhecido o diagnóstico, habitualmente nas consultas de nefrologia dos hospitais, a ausência de equipas multiprofissionais com preocupações de readaptação/reinserção do doente durante todo o seu processo de adoecimento por insuficiência renal crónica e, posteriormente já em tratamento nos centros privados convencionados, durante o resto da vida do doente. É quando este já está em programa de hemodiálise que começa a perceber a situação concreta em que se encontra. Passa por todo o processo de adoecimento até à fase terminal da insuficiência renal, por vezes alguns anos, indo de uns serviços a outros sem nunca ser informado com suficiente esclarecimento do que tem, das várias modalidades de tratamento que existem, mesmo que não disponíveis no nosso país, e das consequências que a doença e tratamento passarão a ter na sua vida quotidiana: familiar/conjugal, profissional, social.

Dada a ausência de um modelo de tratamento que vise, para além do controlo biológico, também atingir outros níveis de qualidade, incluindo a reabilitação pro-

⁽³⁾ European Dialysis Transplant Association — European Renal Association.

⁽⁴⁾ Pode representar-se: Etiologia, Patologia, Manifestação, Cura ou Morte (OMS, 1989:17).

⁽⁵⁾ Pode representar-se: Doença ou Perturbação, Deficiência, Incapacidade, Desvantagem Social ou Handicape (OMS, 1989:38)

fissional dos doentes, estes para manterem ou reconverterem a sua actividade profissional estão entregues a si próprios na luta do mercado normal de trabalho, e a sua permanência nesse meio ficará a dever-se à possibilidade que o próprio doente tiver de variar o modo do seu exercício profissional, independentemente de um controlo imediato das outras pessoas, em particular dos superiores hierárquicos. Este controlo exerce-se relativamente aos horários, à intensidade do trabalho durante o tempo laboral e ainda quanto ao tipo de tarefa a realizar. N. Dodier mostra como o equilíbrio conseguido pelo indivíduo doente no local de trabalho exige “a ‘gestão da saúde’ que é ao mesmo tempo gestão do trabalho e gestão do tempo em geral” (1983:266) e que a gestão do trabalho está largamente ligada ao seu grau de modulação. Este grau não é igual em todas as categorias profissionais, antes pelo contrário, é nos assalariados mais diferenciados que a modelação é maior, o que constitui em si mesmo mais um factor de diferenciação social. Assim, o IRC terá tantas mais possibilidades de conseguir e manter a sua inserção profissional quanto maior for a sua possibilidade de gerir autonomamente toda a sua vida, estando aí incluída tanto a gestão autónoma do tratamento quanto a do trabalho. No que a esta última se refere, a sua modelação variará de acordo com a profissão, habilitações literárias, formação profissional, idade e sexo. A fim de verificarmos a situação ⁽⁶⁾ desta população relativamente à actividade profissional, bem como as preocupações de reabilitação que teve ao longo do processo de adoecimento até ao momento da recolha dos dados, o questionário, cuja forma final foi obtida após alguns ensaios e só tem questões fechadas, foi construído visando identificar a situação profissional do IRC em três momentos da sua vida: quando teve conhecimento da doença; um mês antes do início do tratamento e no momento em que foi abordado. Igualmente foi posta a questão da frequência de cursos, acções de formação e contactos com os serviços do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) nos três momentos da vida do doente tendo em vista testar a existência de comportamentos que visassem prevenir e minorar as dificuldades de emprego nestes indivíduos. As perguntas relativas à modelação do posto de trabalho foram feitas tendo em conta, somente, a opinião do doente no momento em que foi abordado.

Atendendo aos objectivos do estudo, foi escolhida uma metodologia quantitativa que previa o conhecimento exacto da população, portanto uma base de sondagem para escolha aleatória de uma amostra representativa. Para a sua identificação foram recenseados, por sexo, todos os IRC em tratamento no Distrito de Lisboa em 28/9/92. Este trabalho foi possível a partir da disponibilização, por parte dos responsáveis dos centros de hemodiálise, das listagens dos doentes, nelas constando a data de entrada no Centro, a data de nascimento, e o sexo. A data de entrada no Cen-

⁽⁶⁾ Dados recolhidos em 1992.

tro permitiu ordenar todos os IRC de todos os Centros por ordem cronológica de entrada. Cada local de tratamento tem os seus doentes em listas sujeitas a critérios vários — por exemplo, por médico assistente ou por turno — e pretendeu-se estabelecer um critério único que, à partida, garantisse que todos os doentes que viessem a ser incluídos na população ficassem ordenados do mesmo modo e tivessem as mesmas probabilidades de virem a ser incluídos na amostra. Através da data de nascimento foi possível retirar das listagens todos os indivíduos com idades inferiores a 16 e superiores a 65 anos, ficando identificada a população do estudo por sexo. A partir da estimativa de 1200 IRC (60% H e 40% M) em hemodiálise no Distrito de Lisboa, cedida pelo Gabinete de Registo Nacional de Tratamento da Insuficiência Renal Crónica (GRNTIRC), aplicando uma taxa de 1% para IRC com idades inferiores a 16 anos ⁽⁷⁾ e 16% ⁽⁸⁾ para os que teriam mais de 65 anos, foi prevista a população do estudo em 1000 indivíduos e decidida a dimensão da amostra em 200, de acordo com o indicado em “*Tableaux Indicatifs Des Rapports Entre Les Resultats Obtenus Sur Echantillon Tiré Au Sort Et Leur Extrapolation À La Population Totale*” (Mucchielli 1982:77,78). Foi na execução das operações para a identificação da população no primeiro Centro que se verificou ser o número de idosos superior ao estimado e se reduziu de 5 para 4 o intervalo fixo ao qual obedeceu a amostragem sistemática. Apesar de uma amostra construída a partir do intervalo 5 continuar a ser representativa, seguimos o conselho de Ghigliione e Matalon ⁽⁹⁾, e aumentámo-la, pois o número previsto de indivíduos profissionalmente activos era muito reduzido e poderia inviabilizar alguns tratamentos posteriores. A recolha dos dados foi efectuada por entrevistadoras habilitadas para o efeito, em privado, de acordo com a disponibilidade de tempo dos doentes e nas instalações dos centros de tratamento. Elas mesmas, de acordo com as respostas assinaladas nos questionários, preencheram a “Ficha individual de Registo de Dados” de cada doente, a partir da qual toda a informação foi introduzida em programa ‘Stat View’ para tratamento estatístico. Este processo foi sistematicamente fiscalizado desde o seu início a fim de evitar envezamentos.

Feito o primeiro apuramento, verificou-se que o total de IRC em hemodiálise em 28/9/92 no Distrito de Lisboa era de 1303 (55,4%H; 45,6%M) e a população do estudo, inicialmente estimada em 1000 indivíduos (60,0% H e 40,0%M), revelou-

⁽⁷⁾ A idade mínima para desempenho de actividade profissional é 16 anos: D.L. 396/91, de 16/10.

⁽⁸⁾ A percentagem de pessoas residentes em Portugal Continental com 65 e mais anos é de 13,6%. Fonte: INE — Censos 91, dados pré definitivos.

⁽⁹⁾ “..., a melhor maneira de determinar a dimensão da amostra consiste em escrever antecipadamente os quadros de resultados, introduzindo aí ‘valoras verosímeis’, e ver se os apuramentos mais complexos que temos intenção de fazer continuam a ser possíveis a partir do n.º de pessoas previstas”. (Ghigliione e Matalon, 1992:58,59).

-se constituída por 855 (58,4%H e 41,6%M) sendo a amostra de 216 IRC (58,3%H e 41,7%M). Os valores obtidos mostram a grande prevalência de pessoas idosas em hemodiálise, relativamente às quais não se discutirá a inserção profissional, mas por-se-á, com certeza, a questão da sua qualidade de vida e adaptação à nova condição que passam a viver.

Quadro 1

IRC por sexo em eemodiálise no Hospital Militar Principal e Centros Convencionados do Distrito de Lisboa em 28/9/92

Centro de Hemodiálise (Código)	Total de IRC Em Tratamento		População do Estudo		Efectivos Estudados	
	(Masc.)	(Fem.)	(Masc.)	(Fem.)	(Masc.)	(Fem.)
01	33	27	22	17	5	4
02	88	60	54	31	14	7
03	85	82	58	56	15	14
04	47	31	36	16	9	4
05	53	54	37	35	9	9
06	40	27	27	17	7	4
07	27	22	18	11	4	3
08	145	132	105	79	26	20
09	32	17	21	11	6	3
10	35	25	29	16	7	4
11	43	26	29	16	7	4
12	16	8	13	2	3	1
13	44	39	28	28	7	7
14	34	31	23	21	6	6
Total	722 (a)	581	500	356	126	90

(a) As crianças e adolescentes são, quase na totalidade, dialisados em hospitais centrais, razão pela qual somente foram recenseados três indivíduos com idades inferiores a 16 anos

1 — Caracterização Dos Efectivos

Sexo E Idade

Uma primeira análise das respostas dos efectivos do estudo mostra de imediato o maior número de indivíduos do sexo masculino (58.3%) do que do feminino (41.7%), embora esta diferença (16.6%) seja menor do que a habitualmente referida (20.0%).

Quadro 2
Distribuição dos efectivos por idade e sexo

Idade	Total		Homens		Mulheres	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
16 — 24	7	3.2	2	0.9	5	2.3
25 — 34	14	6.5	10	4.6	4	1.9
35 — 44	28	13.0	15	6.9	13	6.0
45 — 54	59	27.3	39	18.1	20	9.3
55 — 64	99	45.8	54	25.0	45	20.8
65 anos	9	4.2	6	2.8	3	1.4
Total	216	100.0	126	58.3	90	41.7

A outra informação pertinente é a idade avançada dos inquiridos. A classe modal é 55-64 anos (45.8%), logo seguida dos que têm 65 anos (4.2%) e dos que se encontram no grupo etário 45-54 (27.3%). Os restantes 22.7% distribuem-se pelos três grupos etários mais jovens.

Há ainda a referir que dos efectivos do estudo nem todos se consideraram ou foram considerados válidos para o desempenho de uma actividade profissional, independentemente da sua situação administrativa face aos serviços da Segurança Social.

Ao todo catorze indivíduos (6.5%) estavam reconhecidamente incapazes e necessitavam do apoio de terceira pessoa. Foram, portanto, identificados mas não responderam às questões relativas à actividade profissional porque estas não lhes faziam sentido.

Situação Profissional

Os dados relativos à situação profissional estão expostos por sexo e grupo etário. O quadro 3 mostra a situação profissional dos efectivos válidos, globalmente e por sexo, podendo-se verificar que o desempenho de uma actividade profissional após o início do tratamento é bastante baixo para ambos os sexos, embora mais desfavorável às mulheres do que aos homens. Enquanto 21% dos homens (n=25) consegue trabalhar a tempo inteiro, somente 8.4% das mulheres (n=7) também o faz.

Os valores na situação de reformado são igualmente altos nos homens e nas mulheres, embora um pouco mais agravados para estas últimas: 54.6% (n=65) homens e 56.6% (n=47) mulheres na situação de reformado(a) ou pensionista.

Quadro 3
Efectivos válidos por situação profissional e sexo

	Tempo Inteiro	Meio Tempo	Dia Sim/Não	Baixa Médica	Desempregado	Reformado	Estudante	Doméstica	Total n	Total %
Homens	25	5	2	15	6	65	1	0	119	58.9
Mulheres	7	0	1	0	6	47	1	21	83	41.1
n	32	5	3	15	12	112	2	21	202	
Total (%)	15.8	2.5	1.5	7.4	5.9	55.4	1.0	10.4		100.0

A situação 'desempregado(a)' é também mais desfavorável às mulheres, 7.2% (n=6), do que aos homens, 5% (n=6) — Já entre os estudantes os valores relativos são ligeiramente mais favoráveis às IRC, 1.2% (n=1), do que aos homens, 0.6% (n=1). Há duas situações — trabalho a meio tempo e baixa médica — nas quais nenhuma mulher se encontra e para o que não dispomos de informação esclarecedora. A situação 'doméstica' foi identificada por não ser uma profissão e poder constituir mais uma desvantagem para as mulheres IRC que, ao fazerem a sua lida doméstica, são consideradas profissionalmente integradas. Conforme consta no quadro 4, das 21 IRC que se disseram domésticas, 8 responderam que estariam empregadas se não fosse a IRC/HD.

Quadro 4
Distribuição das IRC domésticas por grupo etário e opção da sua situação de doméstica

Idade	Estaria empregada se não fosse IRC/HD?			Total
	Não	Sim	Não sabe	
16 — 24	1	0	0	1
25 — 34	0	0	1	1
35 — 44	1	2	0	3
45 — 54	3	1	0	4
55 — 64	6	5	0	11
65 anos	1	0	0	1
Total	12	8	1	21

Na análise da situação profissional por idade pode ver-se no quadro 5 que nenhum jovem (16-24 anos) está inserido no mercado de trabalho: dois estudam;

uma considerou-se doméstica; um já recebe pensão de invalidez, e outro está desempregado. Se os incluirmos nos jovens à procura do primeiro emprego, situação difícil a qualquer um, concluiremos da extrema dificuldade que os jovens IRC terão em conseguirem inserir-se profissionalmente sem um apoio nesse sentido.

Quadro 5
Válidos por situação profissional e grupo etário

Idade	Tempo Inteiro	Meio Tempo	Dia Sim/Não	Baixa Médica	Desempregado	Reformado	Estudante	Doméstica	Total n	%
16 — 24	0	0	0	1	1	1	2	1	6	3.0
25 — 34	6	0	0	1	2	2	0	1	12	5.9
35 — 44	10	1	0	2	3	8	0	3	27	13.4
45 — 54	9	2	1	6	2	32	0	4	56	27.7
55 — 64	7	2	2	4	4	64	0	11	94	46.5
65 anos	0	0	0	1	0	5	0	1	7	3.5
n	32	5	3	15	12	112	2	21	202	
Total (%)	15.8	2.5	1.5	7.4	5.9	55.4	1.0	10.4		100.0

Dos indivíduos com 65 anos também nenhum trabalha, porém é uma situação idêntica à das restantes pessoas da mesma idade. Dos 40 (19.8%) IRC que trabalham, 32 (80.0%) fazem-no a tempo inteiro e somente 5 (12.5%) a meio tempo e 3 (7.5%) dia sim/não, apesar de estas modalidades de emprego parecerem ser as que mais se adequam à compatibilidade de horários e debilidade física dos IRC em hemodiálise. As idades dos IRC que trabalham apresentam-se no quadro 6. Nos homens, o indivíduo mais jovem tem 27 anos e 6 têm mais de 60 anos. Nas mulheres, a mais nova tem 29 anos e com 50 e mais anos somente duas — uma com 50 e outra com 60 anos.

Quadro 6
Idades dos IRC com actividade profissional

Homens		Mulheres	
2	7	2	9
3	1 3 4 5 5 7	3	4 9
4	0 3 4 4 4 4 5 6 6 6 8 8	4	5 8 9
5	0 1 3 6 6 7 9	5	0
6	1 1 1 2 2 3	6	0

Habilitações Literárias

Os dados relativos às habilitações literárias apresentam-se por sexo, idade e situação profissional. Actualmente o ensino obrigatório é até ao 9.º ano de escolaridade, contudo, porque se presumiu que o estudo não abrangeria indivíduos incluídos naquele critério, a escolaridade obrigatória foi considerada ou até à antiga instrução primária — 4.ª classe —, ou até ao actual 6.º. ano de escolaridade, consoante o regime pelo qual o IRC houvesse sido abrangido quando em idade escolar.

O quadro 7 apresenta a distribuição dos IRC por sexo e habilitações literárias e nele se pode ver como é elevado o valor dos indivíduos com grau de instrução inferior à escolaridade obrigatória (n=64, 31.7%), sendo mais frequente nas mulheres (n=38, 45.8%), do que nos homens (n=26, 21.8%).

Quadro 7
Válidos por habilitações literárias e sexo

Habilitações literárias	Homens		Mulheres		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Esc. Obrigatória	26	21.8	38	45.8	64	31.7
Esc. Obrigatória 7.º e 8.º	56	47.0	26	31.4	82	40.6
9.º ano	9	7.6	5	6.0	14	6.9
10.º e 11.º	12	10.1	5	6.0	17	8.4
Curso Médio	7	5.9	4	4.8	11	5.4
Curso Superior	5	4.2	1	1.2	6	3.0
	4	3.4	4	4.8	8	4.0
Total	(n) 119		83		202	
	(%) 58.9		41.1		100.0	

O total de indivíduos com escolaridade obrigatória ou menos é de 146, ou seja 72.3% dos indivíduos em estudo. Com curso médio ou superior somente 14 (7%). Nos IRC a escolaridade obrigatória é o grau mais frequente (n=56, 47.0%), enquanto que nas mulheres IRC o valor mais elevado (n=38, 45.8%) se refere ao nível inferior à 'escolaridade obrigatória'. Esta tendência de melhor nível de escolaridade nos homens vai verificar-se nos seguintes graus de ensino, só se invertendo ligeiramente nos indivíduos com curso superior. Aí há uma ligeira vantagem nas IRC.

Na distribuição dos efectivos válidos por habilitações literárias e grupo etário podemos verificar no quadro 8 que do total (94) de indivíduos com idades com-

preendidas entre 55-64 anos, 33 (35.1%), têm habilitações literárias de grau inferior à 'escolaridade obrigatória' e 41 (43.6%) 'escolaridade obrigatória'. Dos restante, 11 indivíduos (11.7%) têm frequência do 7.º ao 11.º anos, e 9 (9.6%) têm curso médio ou superior.

Quadro 8

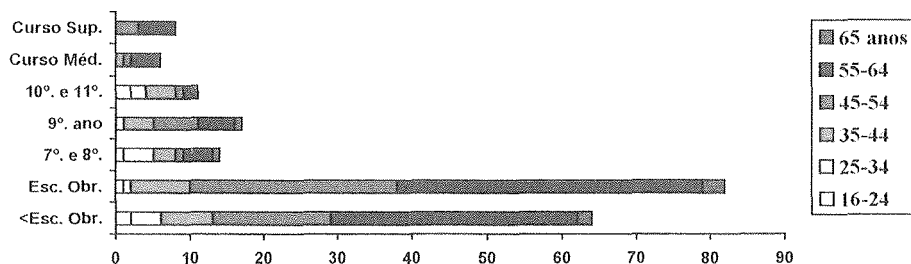
Válidos por habilitações literárias e grupos etários

Habilitações Literárias	16 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 anos	Total	
							(n)	(%)
Esc. Obrigatória	2	4	7	16	33	3	64	31.7
Esc. Obrigatória	1	1	8	28	41	3	82	40.6
7.º e 8.º	1	4	3	1	4	1	14	6.9
9.º ano	0	1	4	6	5	1	17	8.4
10.º e 11.º	2	2	4	1	2	0	11	5.4
Curso Médio	0	0	1	1	4	0	6	3.0
Curso Superior	0	0	0	3	5	0	8	4.0
Total	(n) 6	12	27	56	94	7	202	
	(%)	3.0	5.9	13.4	27.7	46.5	3.5	100.0

O gráfico 1 dá maior visibilidade à informação do quadro 8.

Gráfico 1

Válidos por habilitações literárias e grupos etários



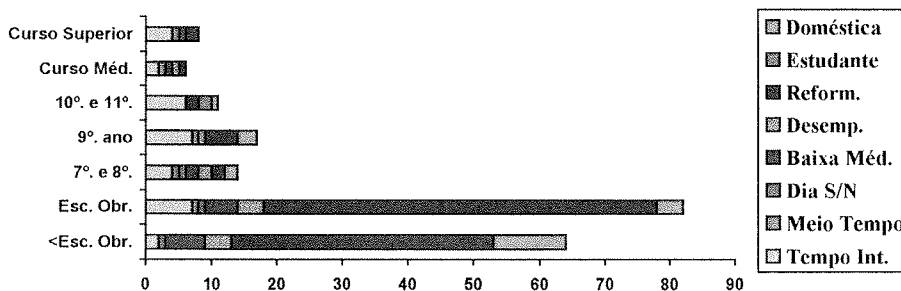
No quadro 9 temos a distribuição dos indivíduos em estudo por habilitações literárias e situação profissional. A informação mais pertinente terá a ver com a situação de reformado. Dos 112 IRC reformados, 100 (89.3%) têm escolaridade obrigatória ou menos e só 10.7% (n=12) têm graus de escolaridade mais elevados.

Quadro 9
Válidos por habilitações literárias e situação profissional

Habilitações Literárias	Tempo Inteiro	Meio Tempo	Dia Sim/Não	Baixa Médica	Desempregado	Reformado	Estudante	Doméstica	Total n	%
<Esc. Obrigatória	2	0	1	6	4	40	0	11	64	31.7
Esc. Obrigatória	7	1	1	5	4	60	0	4	82	40.6
7.º e 8.º	4	1	1	2	2	2	0	2	14	6.9
9.º ano	7	1	0	0	1	5	0	3	17	8.4
10.º e 11.º	6	0	0	0	0	2	2	1	11	5.4
Curso Médio	2	1	0	1	1	1	0	0	6	3.0
Curso Superior	4	1	0	1	0	2	0	0	8	4.0
n	32	5	3	15	12	112	2	21	202	
Total (%)	15.8	2.5	1.5	7.4	5.9	55.4	1.0	10.4		100.0

Como ilustra o gráfico 2, de entre os indivíduos que trabalham a situação é inversa: de 40, 70% (n=28) possuem graus de instrução acima de 'escolaridade obrigatória' (7.º ano até curso superior), e somente 12 (30%) têm 'escolaridade obrigatória ou menos'.

Gráfico 2
Válidos por situação profissional e habilitações literárias



Como síntese da caracterização dos efectivos do estudo podemos dizer que: há maior prevalência de homens (58.3%) do que de mulheres (41.7%). As idades são avançadas (a classe modal é o grupo etário 55-64 anos e a idade média 48,5 anos).

Há indivíduos com grande incapacidade, (6.5%, n=14), os quais não foram inquiridos sobre a sua situação profissional. O grau de instrução é bastante baixo. 72.3%, n=146 indivíduos com habilitações literárias de grau igual ou inferior à escolaridade obrigatória (antiga 4.^a classe ou 6.º ano de escolaridade). A inserção profissional é muito fraca, (19.8%, n=40 indivíduos a trabalhar), sendo mais desfavorável às mulheres (9.6%, n=8) do que aos homens (26.9%, n=32) e das 21 (21.3%) mulheres que se disseram 'domésticas' e não 'desempregadas', 8 (9.6% do total) reconheceram que estariam empregadas se não fosse a IRC e seu tratamento, o que aumenta o valor das mulheres sem inserção profissional. O número de indivíduos reformados é muito elevado (n=112, 55.4%) e o total dos que não trabalham (reformados; desempregados e com baixa médica) atinge 68.8% (n=139). Destes, 56.1% (n=78) têm idades compreendidas entre 55 e 65 anos, e quanto às habilitações literárias, 85.6% (n=119) possuem escolaridade obrigatória ou menos. Nos homens que trabalham (n=32) a distribuição por grupos etários é idêntica à dos restantes IRC, contrariamente às suas habilitações literárias, cujos graus são superiores aos dos que não trabalham.

Face aos dados expostos, nos homens, mais do que a idade o que explicará o abandono da actividade profissional após o início do tratamento será o baixo grau das habilitações literárias. No mercado normal de trabalho a baixos níveis de instrução correspondem, preferencialmente, profissões cujo trabalho a produzir exige a presença contínua do trabalhador na execução de tarefas pesadas e pré-determinadas. Serão, portanto, postos de trabalho de fraca modelação e que exigem tarefas pesadas que darão origem ao abandono da actividade profissional após o agravamento da doença e início do tratamento. Nas mulheres, a caracterização feita é menos indicativa das causas do abandono da actividade profissional.

2 — A Modelação do Posto de Trabalho

É tendo em conta a caracterização dos efectivos anteriormente feita e as respostas dadas pelos inquiridos às questões que visaram averiguar dos seus impedimentos à continuidade do desenvolvimento de uma actividade profissional, bem como as eventuais facilidades que tiveram os que ainda conseguiam trabalhar, que se estudará a importância da modelação do posto de trabalho do IRC na sua inserção profissional.

Os Que Não Trabalham

Começaremos pela análise das respostas dos que não trabalham e onde estão incluídos os reformados (112), os desempregados (12), e os que se encontram com baixa médica (15), o que totaliza 139 indivíduos. A estes foi-lhes perguntado das dificuldades que experimentaram tanto na conciliação do horário do emprego com

o do tratamento, como na execução das tarefas a realizar no emprego devido à violência que pudessem ter passado a constituir após início do tratamento, e, ainda, na maleabilidade da intensidade da realização das tarefas durante o período laboral.

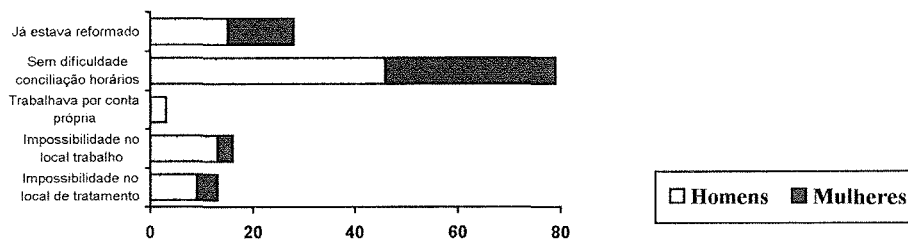
O Quadro 10 e Gráfico 3 apresentam, por sexo, as respostas dadas pelos inquiridos relativamente aos ajustamentos de horários que não conseguiram fazer nos locais de trabalho e tratamento. Para 79 (56.8%) IRC a conciliação do horário do tratamento com o do emprego não foi dificuldade sentida como justificação para deixarem de trabalhar; 28 (20.1%) já estavam reformados e 3 trabalhavam por conta própria.

A conciliação dos horários foi reconhecida como a causa determinante do abandono da actividade profissional somente por 29 (20.9%) IRC, referindo-se 13 (9.4%) a dificuldades de horários nos locais de tratamento e 16 (11.5%) a dificuldades de horários nos locais de trabalho.

Quadro 10
Impossibilidade na adequação dos horários por sexo

	Impossibilid. no local de tratamento	Impossibilid. no local de trabalho	Trabalhava por conta própria	Sem dificuldade na conciliação de horários	Já estava reformado	Total	
Homens	9	13	3	46	15	86	61.9
Mulheres	4					53	38.1
(n)	13	16	3	79	28	139	
Total (%)	9.4	11.5	2.2	56.8	20.1		100.0

Gráfico 3
Impossibilidade na adquação dos horários por sexo



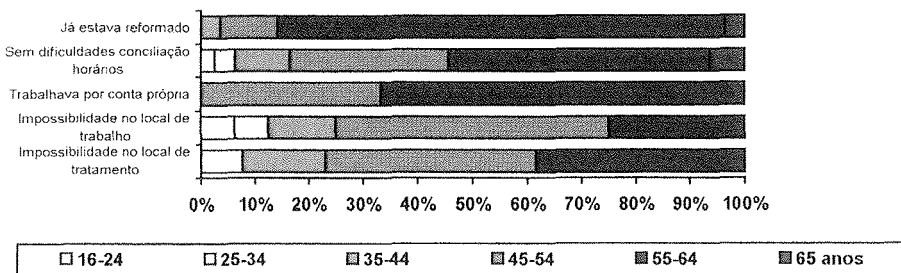
Estas situações reflectem um inadequado funcionamento das instituições relativamente às necessidades específicas dos IRC, com particular ênfase ao que respeita aos locais de tratamento, cujo funcionamento faz crescer as desvantagens sociais dos IRC ao contrário de as minimizar. A análise por sexo mostra também que enquanto 62.2% (n=33) de mulheres refere que não foi por dificuldade na conciliação dos horários que deixou a sua actividade profissional, nos homens este valor relativo é de 53.4% (n=46).

O Quadro 11 e Gráfico 4 apresentam os valores das mesmas dificuldades de acordo com as idades dos doentes.

Quadro 11
Impossibilidade na adequação dos horários por grupo etário

	Impossibilid. no local de tratamento	Impossibilid. no local de trabalho	Trabalhava por conta própria	Sem dificuldade na conciliação de horários	Já estava reformado	Total n	%
16 — 24	0	1	0	2	0	3	
25 — 34	1	1	0	3	0	5	
35 — 44	2	2	0	8	1	13	
45 — 54	5	8	1	23	3	40	
55 — 64	5	4	2	38	23	72	
65 anos	0	0	0	5	1	6	
(n)	13	16	3	79	28	139	
Total (%)	9.4	11.5	2.2	56.8	20.1		100.0

Gráfico 4
Impossibilidade na adquação dos horários por grupo etário



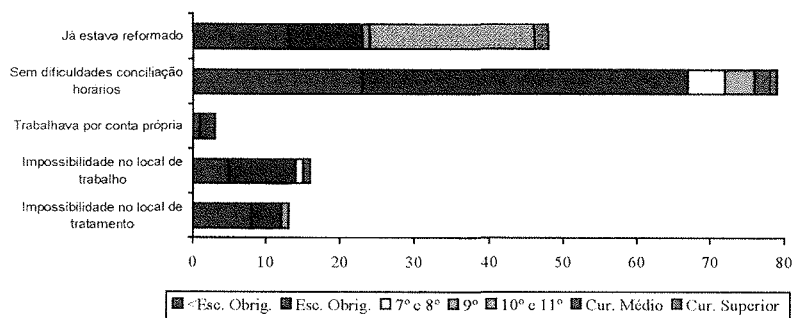
Podemos observar que dos 79 indivíduos (56.8%) que não invocaram a incompatibilidade dos horários como justificação do abandono da actividade profissional, 43 (54.4%) têm idades compreendidas entre 55-65 anos.

No quadro 12 e gráfico 5 podemos verificar que dos 79 IRC que não têm actividade profissional e responderam não ter tido dificuldades na conciliação dos horários, 67 (84.8%) têm escolaridade obrigatória ou menos.

Quadro 12
Impossibilidade na adequação dos horários por habilitações literárias

	Impossibilid. no local de tratamento	Impossibilid. no local de trabalho	Trabalhava por conta própria	Sem dificuldade na conciliação de horários	Já estava reformado	Total n	%
<Esc. Obr.	8	5	1	23	13	50	
Esc. Obr.	4	9	2	44	10	69	
7.º e 8.º	0	1	0	5	0	6	
9.º ano	1	0	0	4	1	6	
10.º e 11.º	0	0	0	0	2	2	
Cur. Médio	0	1	0	2	0	3	
Cur. Super.	0	0	0	1	2	3	
(n)	13	16	3	79	28	139	
Total (%)	9.4	11.5	2.2	56.8	20.1		100.0

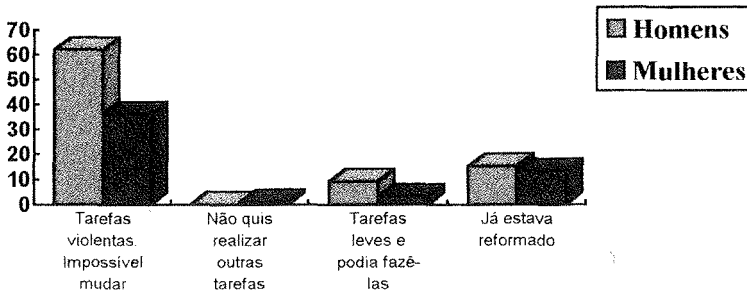
Gráfico 5
Impossibilidade na adquação dos horários por habilitações literárias



No gráfico 6 apresentam-se, por sexo, as respostas dadas pelos IRC quanto à violência que as tarefas a executar no local de trabalho passaram a constituir, devido à doença e seu tratamento. É a primeira hipótese “As tarefas que tinha de realizar tornaram-se violentas e não foi possível passar a realizar outras mais adequadas à sua situação”, que constitui o motivo mais invocado pelos IRC para o abandono da actividade profissional - 98 indivíduos (70.5%).

Há também alguns - 28 (20.1%) - para os quais a pergunta não era pertinente por já se encontrarem reformados quando iniciaram o tratamento, e 12 (8.6%) que não tiveram dificuldades na continuação da execução das tarefas, mas abandonaram a actividade profissional.

Gráfico 6
Dificuldades na execução das tarefas a realizar no emprego



O gráfico 7 mostra a distribuição dos indivíduos com idades acima dos 55 anos em “tarefas pesadas” com impossibilidade de mudar para outras mais leves.

Gráfico 7
Dificuldade na execução das tarefas a realizar no emprego por idade

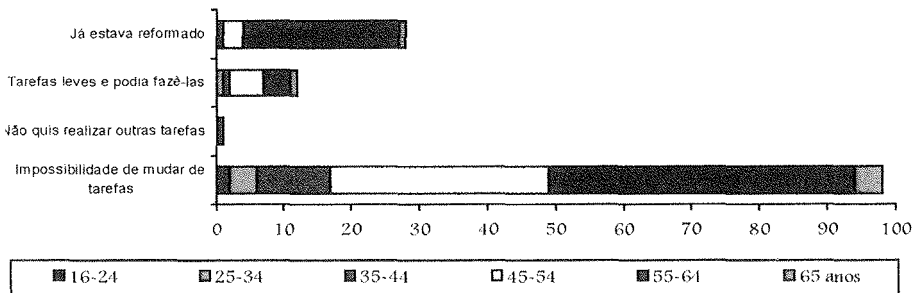
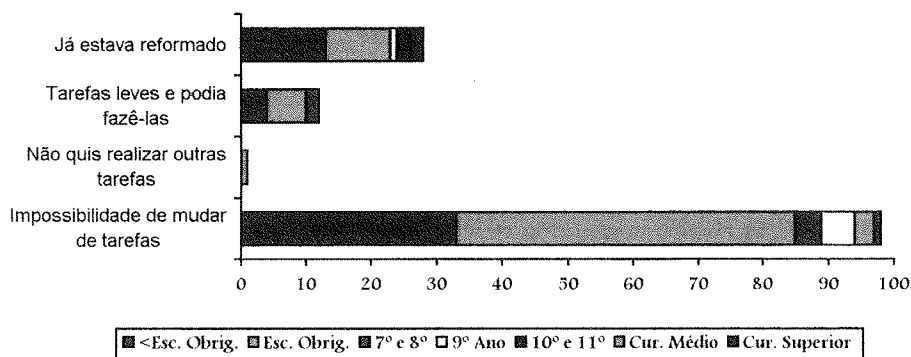


Gráfico 8

Dificuldade na execução das tarefas a realizar no emprego por habilitações literárias



Quanto à distribuição das respostas por maleabilidade da intensidade do trabalho a realizar durante o horário é sobreponível à das tarefas. Como mostra o Quadro 13, 70.5% (n=98) responderam 'não conseguia trabalhar porque se sentia cansado(a)'.

Quadro 13

Maleabilidade da intensidade do trabalho a realizar no emprego durante o horário

	Não conseguia trabalhar porque se cansava	Diminuiu a intensidade do trabalho	Não podia diminuir a intensidade do trabalho	Aumentava a intensidade do Trabalho	Já estava reformado	Total
Homens	61	5	4	1	15	86
Mulheres	37	1	2	0	13	53
(n)	98	6	6	1	28	139
Total (%)	70.5	4.3	4.3	0.7	20.1	100.0

A incompatibilidade dos horários expressa por 20.9% (n=29) é uma impossibilidade real de grande importância, com maior impacto nos homens do que nas mulheres. Nos homens, mais do que a idade, o que explicará o abandono da actividade profissional será o baixo grau de habilitações literárias a que corresponde no mercado normal de trabalho actividades profissionais com fraca modelação e tarefas violentas. A análise por sexos mostra que a fraca modelação do posto de trabalho a que se associa a impossibilidade de mudar de tarefas profissionais, tem maior impacto nos IRC como causa do abandono de uma actividade profissional do que nas IRC. Nas mulheres IRC o que se verifica é um abandono mais precoce da actividade profissional por causas não directamente a ela ligadas.

IRC Com Actividade Profissional

Quanto à análise dos que estão no activo, como pudemos ver na caracterização dos efectivos válidos por situação profissional, são 40 os IRC de ambos os sexos que mantêm actividade profissional e o Quadro 6 apresenta, por sexo, as suas idades. Ao estudarmos a modelação do posto de trabalho destes indivíduos vamos ter em consideração não só os ajustamentos que conseguiram fazer no que concerne aos horários, mas também as profissões que exercem e o seu grau de habilitações literárias.

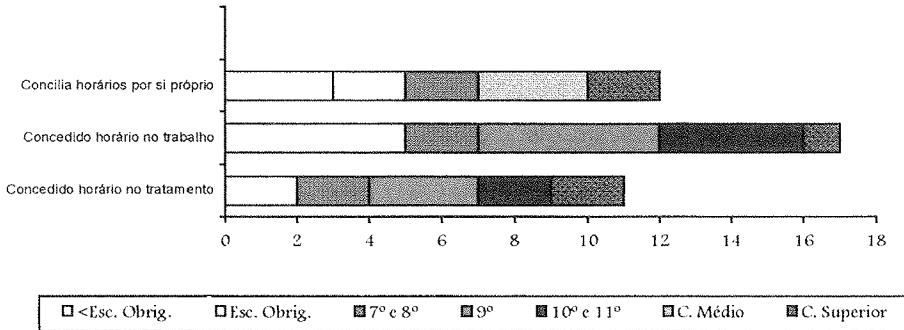
No Quadro 14 e Gráfico 9 podemos ver que somente 11 IRC conseguiram horário de tratamento de acordo com as suas necessidades profissionais. Para 17 foi no emprego que conseguiram negociar horários compatíveis com o tratamento e 12 resolveram por si próprios as dificuldades de horários. Esta informação, tal como também tínhamos verificado no estudo dos que não trabalham, é indicativa de grande falta de maleabilidade e autonomia do IRC no local de tratamento.

Relativamente às habilitações literárias somente 3 têm 'menos da escolaridade obrigatória'; e 28 têm graus acima deste nível, sendo 5 cursos superiores. Trata-se de uma situação inversa à dos inactivos. Enquanto destes 36.0% (n=50) têm grau de instrução inferior à escolaridade obrigatória, nos que desempenham uma actividade profissional somente 7.5% (n=3) têm este nível de instrução.

Quadro 14
Ajustamentos conseguidos nos horários do emprego e do tratamento

	Concedido horário no local de tratamento	Concedido horário no local de trabalho	Consegue por si próprio conciliar horário	Horário flexível no local de trabalho	Trabalha por conta própria	Total n	Total %
<Esc. Obr.	0	0	1	0	2	3	7.5
Esc. Obr.	2	4	1	1	1	9	22.5
7.º e 8.º	2	1	0	1	2	6	15.0
9.º ano	3	2	0	3	0	8	20.0
10.º e 11.º	2	3	0	1	0	6	15.0
Cur. Médio	0	0	2	0	1	3	7.5
Cur. Super.	2	0	2	1	0	5	12.5
(n)	11	10	6	7	6	40	
Total (%)	27.5	25.0	15.0	17.5	15.0		100.0

Gráfico 9
Ajustamentos conseguidos nos horários do emprego e do tratamento



Quanto às profissões que desempenham apresentamos em quadro a sua distribuição. Agrupámo-las em profissões que exigem, preferencialmente, actividade intelectual as quais permitirão um modo de interacção ‘liberal’ no local de trabalho, e actividade manual a que corresponderá um modo de interacção de ‘controlo contínuo’ no local de trabalho. Dentre as primeiras encontram-se 27 IRC e nas segundas somente 13.

Quadro 15
Profissões dos IRC que trabalham

Actividade Intelectual			Actividade Manual
Empregado Escritório	9	0	Serralheiro Mecânico ou Equiparado
Gerentes Comerciais ou Equiparados	8	3	Pedreiro/Ladrilhador/Polidor
Professores	4	2	Preparador de Fibras
Médicos	2	2	Porteiros e Similares
Outras profissões Técnico-Científicas	4	2	Artes Gráficas
		1	Condutor Veículos a Motor
Total	27	13	Total

É ainda importante referir que dos 40 indivíduos que trabalham, 5 fizeram ajustamentos no local de trabalho, tendo mudado de profissão dentro da mesma entidade patronal; 2 estavam desempregados e conseguiram emprego após início de hemodiálise; 1, que já estava reformado, após início do tratamento conseguiu uma actividade profissional diferente da que exercia anteriormente; dos 13 doentes (10.9% do total de homens IRC) com actividades profissionais exigindo, preferencialmente,

actividade manual, alguns conseguiram reconversão profissional no local de trabalho passando a realizar tarefas menos pesadas. São situações conseguidas por reconhecimento do mérito do indivíduo doente, concedendo-lhe a entidade patronal oportunidade de continuar a trabalhar, o que denota a existência de solidariedades primárias.

Podemos portanto concluir que é possível aos IRC em hemodiálise desempenharem as mais variadas actividades profissionais. Essa possibilidade é em primeiro lugar regulada pelo modo de interacção tida pelo IRC no local de trabalho. O modo de interacção de controlo descontínuo ou 'liberal' a que directamente se ligam actividades profissionais de forte modelação, é, inequivocamente, o que mais privilegia o IRC. Neste modo de interacção o que está em jogo é a capacidade de o trabalhador assegurar o trabalho segundo ritmos próprios e em que a presença ou ausência física no local de trabalho não é a regra para o julgar. A estas actividades profissionais, no mercado normal de trabalho, que é o que está dado neste momento aos IRC, ligam-se maioritariamente graus elevados de instrução. Como pudemos verificar as habilitações literárias desta população são muito baixas o que tem como consequência a baixa inserção profissional. Contudo há um segundo nível a que obedece a inserção profissional dos IRC e que tem a ver com critérios de moralidade pelos quais eles são julgados pelos outros indivíduos nos locais de trabalho. Quando a situação de doença é compreendida pelos que o rodeiam e o passado do doente lhe concede, face aos outros, um estatuto que o torna aceite ou tolerado, é possível a negociação de regras que permitem um equilíbrio (instável) nas interacções do local de trabalho. Assim se compreende o funcionamento de solidariedades nos locais de trabalho, dado que nenhum dos IRC no activo e que fez reinserção profissional na empresa onde já trabalhava quando adoeceu está inserido profissionalmente com contrapartidas, financeiras ou outras, para a entidade patronal, previstas na política de reabilitação profissional actual.

Finalmente, e porque a gestão da doença é também a gestão da vida em geral, a inserção profissional do IRC depende também da autonomia de que ele goza no local de tratamento. Como pudemos verificar, este mostra-se de funcionamento mais rígido do que o local de trabalho, constituindo em si mesmo um obstáculo à inserção profissional destes indivíduos.

Conclusão

I — Reconhecida a ausência de um modelo de tratamento com preocupações de reabilitação do IRC, considerou-se que eles ficam entregues a si próprios na luta do mercado normal de trabalho e que a sua inserção profissional dependerá da modulação que eles próprios conseguirem no seu posto de trabalho.

2 — Assim, procurou-se precisar e caracterizar a inserção profissional destes doentes no Distrito de Lisboa. Feito o estudo a partir de uma abordagem quantitativa, confirma-se a grande desinserção profissional dos IRC.

3 — Como primeira determinante da reduzida inserção profissional destes indivíduos, verifica-se a fraca modelação dos postos de trabalho dos indivíduos com muito baixo nível de habilitações literárias, os quais são maioritários na população em estudo.

4 — Ainda no local de trabalho surge um segundo nível de influências na inserção profissional do IRC, de tendência inversa à desinserção, e que se relaciona com critérios de moralidade. A partir do passado do doente e da credibilidade da situação de doença são possíveis negociações no local de trabalho que permitem a adequação deste às circunstâncias específicas do IRC.

5 — Como segunda determinante da fraca inserção profissional dos IRC surge a rigidez dos horários de tratamento, constituindo-se, assim, a sua terapêutica em mais uma desvantagem social que acresce à própria doença.

6 — A desinserção profissional das mulheres é distinta da vivida pelos homens. As mulheres abandonam mais precocemente do que aqueles a actividade profissional e por razões que não se relacionam directamente com a profissão.

REFEREÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DODIER, Nicolas (1983), «La maladie et le lieu de travail», *Rev. Franç. Sociol.*, XXIV, 255-270.
- PONCE, P; REMÉDIO, F.; SANTOS, J. Ribeiro (Rel.) (1988), «Relatório 1987 do Gabinete de Registo de Dados do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica», *Jornal das Ciências Médicas*, Tomo CLII, 3, 156-166.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992), *O Inquérito: Teoria e Prática*, Oeiras: Celta Editora.
- MUCCHIELLI, Roger (1982), *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale*, 7^{ème} édition, Paris: Les éditions ESF.
- OMS (1980), *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (handicaps)*, Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.