

## ACEITAAO POSITIVA DA DOENÇA CRNICA PELO INDÍVÍDUO HEMODIALISADO

### **Gorete Baptista**

Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde do IPB  
Av. D. Afonso V 5300-121 Bragança - Portugal  
Aluna de Doutoramento em Biomedicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
gorete@ipb.pt

### **Guilhermina Carvalho**

Enfermeira no Bloco Operatório da Unidade Hospitalar de Bragança do CHNE  
Professora Assistente Convidada Escola Superior de Saúde do IPB  
Av. D. Afonso V 5300-121 Bragana - Portugal  
g.mina@portugalmail.pt

*Fecha de recepcin: 25 de enero de 2011*

*Fecha de admisin: 10 de marzo de 2011*

## ABSTRACT

We developed a descriptive exploratory study, a sample of 150 patients on chronic hemodialysis, 62% men, and average age 52.7 years and most for more than a year in such treatment. There were statistically significant correlations ( $p < 0.05$ ) between acceptance of illness and variables: gender, educational background, professional group, professional status, economic status and distance from the treatment site. Overall, our results lead us to understanding the importance of interpersonal factors and hemodialysis how permit or not, dealing with the problems positively. In experiencing their illness and treatment, the individual is faced with existential problems and need to find solutions to alleviate the suffering, redefining goals and finding a new meaning to your life, which is, accepting his new status as a man's disease.

**Key-words:** Hemodialysis; positive acceptance of illness; chronic disease; patient adult; social demographic and clinical variables.

## INTRODUÇAO

Com a evoluao técnico-científica que se tem verificado nas últimas décadas,  possível manter e aumentar a vida de pessoas que anteriormente estavam condenadas à morte, como os doentes em falência renal, embora esse "aumento de vida" seja feito à custa de grande "sofrimento huma-

## ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

no”, devotando o indivíduo e sua família  vivência perpétua de uma doença crnica, no curso da qual “não basta sobreviver,  essencial viver” (Duarte, 1992:145).

Quando se diagnostica uma Insuficiência Renal Crnica (IRC) a alguém, sofre a primeira agressão importante, dirigida directamente contra o seu “eu” mais íntimo. Sofre a ameaça de duas palavras fatais: “insuficiência” e “crnica”. Está-se a dizer a essa pessoa que é um doente e que o será para toda a vida, além de que vai ser submetida a um tratamento “agressivo” como a hemodiálise (HD).

Perante a situao de doença crnica e sempre dependendo das características do indivíduo, podem ocorrer várias emooes e dificuldades de aceitao. O impacto traduz-se num estado de crise que, por vezes, vai para além da adaptao  própria doença, podendo alargar-se aos contextos sócio-familiar e financeiro (Brannon e Feist, 1997).

O presente estudo teve origem em questoes que sensibilizam os autores perante a problemática peculiar dos doentes hemodialisados (Hds). Como sentem na sua própria pele a deteriorao do seu estado de saúde e a dependência da máquina até o resto dos seus dias; ou até que surja a possibilidade de um transplante renal? De que modo aquele reage de forma a não “deixar de viver”, “convivendo” com a sua doença de forma positiva, ou seja, aceitando-a.

A “aceitao” passa pelo reconhecimento e entendimento das limitaoes e perdas impostas pela doença, sem experienciarem sentimentos ou respostas negativas (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984 in Keogh & Feehally, 1999). É um processo complexo e multidimensional que exige mudanças nos comportamentos habituais de vida, sem perdas de objectivos a longo prazo e envolve elementos socioculturais, ambientais e familiares (Murray & Zentor, 1989 in Keogh & Feehally, 1999).

A presente investigao realiza-se assim dentro deste novo paradigma para a saúde na doença, procurando **avaliar o nível de “aceitao da doença” pelos Hds, bem como a influência de variáveis sócio-demográficas e clínicas que encaminhem na compreensão de tal fenmeno.**

Realizou-se um estudo exploratório descritivo e analítico em 150 doentes Hds. Foi construido um questionário sócio-demográfico e clínico para caracterizao da amostra e utilizou-se uma escala de aceitao da doença (AIS de Felton, 1984) validada, num estudo anterior, para a populao de Hds (Martins, 2002).

Os resultados do estudo mostram que os Hds da amostra apresentam uma aceitao da doença moderada. Algumas características sócio-demográficas destes doentes têm influência, com significância estatística, na aceitao da doença, nomeadamente: gnero, habilitaoes literárias, grupo profissional, estado de actividade profissional, situao econmica e distância do local de tratamento. Não se encontraram relaoes estatisticamente significativas entre as variáveis clínicas desenhadas para o estudo, tais como, tempo em tratamento de HD, durao do tratamento e expectativa de transplante renal.

A problemática do doente IRC tem uma dimensão humana abrangente, existindo longos caminhos ainda por percorrer, nesta área de investigao. O doente portador de uma doença crnica e limitante como o é a IRC, espera os subsídios das pesquisas que vão sendo efectuadas, traduzidas em novos conhecimentos que se possam concretizar numa melhor compreensão e atendimento cuidativo da sua “pessoa humana”.

Segundo Malpique (1995), a doença crnica vai deixando de ser uma fatalidade, para ser um outro estilo de vida, uma forma de aprender a viver com um corpo doente e, felizmente numa sociedade que têm cada vez mais se prepara para integrar essas pessoas.

Sem dvida planteiam-se reflexoes de extenso significado, traduzindo a necessidade de uma análise psicossocial e de comportamentos dos pacientes que sofrem com a situao de cronicidade de doença e dos seus tratamentos. Esta deveria ser feita por uma equipa transdisciplinar, que não deve apenas preocupar-se com a fase de diagnóstico e acompanhamento terapêutico hospitalar ou

na consulta, mas tem de prever todo um projecto mais abrangente que inclua uma aco pr-activa pedagógica e de apoio psicossocial, para com o doente e sua família. É pois necessário avaliar com cada doente, no seu contexto individual e sócio-familiar, quais são as suas necessidades e que estratégias utilizam para este confronto, pois, dependendo das suas características..."cada um reage de forma diferente  situao de doença e vai organizar-se para superar, em certa medida, essa vivência traumática" (Malpique, 1995:160).

## MÉTODO

Face ao objectivo do presente estudo, para a recolha de dados foi construído um questionário para caracterizao da amostra e seleccionado um instrumento específico para medir a intensidade do fenmeno que se pretende avaliar:

- AIS (Acceptance of Illness Scale) de Felton (1984)- avalia o sucesso dos doentes em sentirem aceitao e valor, apesar da incapacidade, dependência e sentimentos de inutilidade que a doença ocasiona. Trata-se de uma escala com apenas oito itens e que enfoca directamente qual a dimensão da aceitao da doença, ou até que ponto os respondentes podem aceitar a sua doença sem experimentar sentimentos ou respostas negativas (Keogh & Feehally, 1999). O score máximo obtido nesta escala é de 40 pontos, considerada aceitao muito alta da doença e, o score mínimo é de 8 pontos, considerada não-aceitao da doença.

A recolha de dados foi realizada entre Maio de 2005 e Setembro de 2007, nas Unidades de HD de onze instituies onde obtivemos autorizao para a realizao do estudo, do Norte ao Centro de Portugal.

O contacto com os doentes teve lugar nos diferentes turnos de tratamento, tendo obtido a ajuda dos profissionais de saúde das unidades, para a seleco da amostra, segundo os critérios de incluo apontados para o estudo: Indviduos adultos com Insuficiência Renal Crnica em tratamento de Hemodiálise, no mínimo com o 1 ciclo como habilitaes literárias e não sofrerem de patologia mental.

Aos doentes foi feito um esclarecimento do enquadramento e dos objectivos da investigao, bem como dos riscos/benefícios, e solicitada a sua autorizao e disponibilidade para participar. Obteve-se uma amostra de 150 indíviduos.

Após a recolha dos dados, estes foram lançados e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 12.0, para o Windows.

O tratamento estatístico dos dados relativos à caracterizao da amostra foi efectuado através de análises descritivas das variáveis. Avaliou-se também o comportamento da amostra relativamente à AIS, determinando-se a média amostral/desvio padrão e os valores máximo e mínimo.

Para testar a hipótese de relacionamento e comparao de mdias entre a Aceitao da doença e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, utilizou-se a seguinte estratégia: para as variáveis demográficas e clínicas quantitativas foram calculados coeficientes de correlao de Pearson. Para as variáveis demográficas e clínicas qualitativas com duas categorias, foi utilizado o teste t para amostras independentes que compara as mdias de variáveis obtidas em dois grupos distintos, pressupondo o conhecimento prévio da existência, ou não, de homogeneidade de variâncias (teste de Levene). Para as variáveis sócio-demográficas e clínicas qualitativas com mais de duas categorias utilizou-se a análise de variância simples (ANOVA) que permite inferir a igualdade ou diferenças de mdias entre as diferentes categorias.

## ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

### RESULTADOS

#### 1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Relativamente ao **gnero**, a maioria da amostra (62,0%)  constituída por homens. A média de **idade**  de 52,7 anos e a maioria concentra-se no grupo etário 46 - 65 anos. Apenas 4,1% são jovens adultos. Relativamente ao **estado civil** 70% dos indivíduos são casados, 16,7% são solteiros, 9,3% são vivos, 4,0% são divorciados e 88,7% **vivem com** familiares.

A maior percentagem dos indivíduos da amostra tem como **habilitaes literárias** o 1 ciclo (50,7%), seguida do 3 ciclo (17,3%). Com o ensino secundário existem 8% dos indivíduos e com Curso Superior 11,3%.

Relativamente à **formação profissional**, segundo a Classificação Nacional das Profissões (Quadro 8 p.9), verificamos que a amostra se distribui em maior percentagem (24,7 %) pelo nível VII (Operários, artífices e trabalhadores similares), seguida das domésticas com 22% de amostra. A maioria dos indivíduos da amostra encontram-se **reformados** (66%) e destes apenas 10% se mantm activos. 74,0 % consideram ter uma **situação econmica** razoável e apenas 5,3% a consideram boa.

Percepcionam morar longe do **local de tratamento** 53% dos indivíduos. Relativamente ao **tempo em tratamento**, os indivíduos da amostra encontram-se, em média, há 56,56 meses em HD. A maior percentagem (33,7%) realiza este tratamento há mais de quatro anos, seguida dos indivíduos em tratamento entre um e dois anos (17,4%). Fizeram um **transplante renal** 13,3 % dos indivíduos da amostra em que ocorreu rejeição e, a grande maioria (70,0%) espera pelo momento em que surja tal possibilidade. 30,0% dos hemodialisados não espera ser transplantado.

#### 2- ESTATÍSTICA ANALÍTICA

O Quadro 3 apresenta a estatística descritiva obtida na AIS. Os valores máximo e mínimo estão dentro do intervalo esperado para a escala. Os indivíduos da amostra apresentam uma aceitação da doença moderada (Felton, 1984).

Quadro 3 - Estatística descritiva para a escala de aceitação da doença

	Intervalo de Variação Esperado	Intervalo de Variação Observado	Média	Desvio Padrão
AIS	8 a 40	10 a 39	23,19	6,16

#### Relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas com a aceitação da doença

Na descrição dos resultados obtidos para as variáveis demográficas e clínicas considerou-se a sua divisão em quantitativas e qualitativas.

A correlação entre a AIS e as variáveis **idade, tempo de HD e número de sessões/semana**, não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ), donde se conclui que a idade, o tempo de HD e o não de sessões/semana não têm influência na aceitação da doença.

No Quadro 7 pode-se verificar que há diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre **homens e mulheres** relativamente à AIS. Em média, os homens da amostra apresentam níveis mais elevados de aceitação da doença do que as mulheres. No entanto, tmbm apresentam maior variabilidade nas respostas mas que não é significante (Levene:  $p > 0,05$ ).

## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

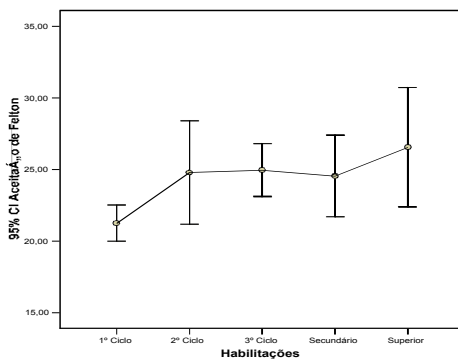
Quadro 7 - Comparao de medias entre AIS e genero dos Hds

	TESTE DE LEVENE		HOMENS (n = 93)		MULHERES (n = 57)		TESTE t	
	F	p	media	desvio padrao	media	desvio padrao	t	p
AIS	2,251	,136	24,02	6,40	21,84	5,52	-2,206	,029

Nao se encontraram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre a AIS e os diferentes grupos de **estado civil**. No entanto observou-se que os indivíduos solteiros sao os que apresentam niveis mais elevados de aceitaao da doença (24,40) seguidos dos casados (23,09), viuvos (23,07) e divorciados (20,33). Na variável **coabitaao**, o comportamento dos indivíduos, dependendo de com quem vivem, nao se modifica com significância estatística ( $p > 0,05$ ).

Existe relaao ( $p < 0,05$ ) entre as categorias das **habilitaoes literárias** e a AIS. Pode-se observar (gráfico 6) que a aceitaao da doença é menor quanto menos habilitaoes literárias tem o indivíduo.

Gráfico 6 – Comparao de medias entre a AIS e habilitaoes literárias dos Hds



Na comparaçao de medias obtidas na AIS por **categoria profissional**, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p = .002$ ). Pode-se observar (Quadro 8) que os estudantes sao os que apresentam niveis mais elevados de aceitaao da doença e com niveis mais baixos os trabalhadores nao qualificados.

**ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO***Quadro 8- Comparação de mdias entre a AIS e categoria profissional dos Hds*

<b>Grupos profissionais</b>		<b>Aceitação da doença</b>
Quadros Superiores da Adm Publ, Dirigentes e Qud Sup Empresa	Mean	24,75
	N	4
	Std. Deviation	7,23
Especialistas das profissões intelectuais e Científicas	Mean	<b>29,50</b>
	N	4
	Std. Deviation	4,12
Técnicos e profissionais de nível intermédio	Mean	<b>20,40</b>
	N	5
	Std. Deviation	1,67
Pessoal administrativo e similares	Mean	25,48
	N	21
	Std. Deviation	5,14
Pessoal dos serviços e vendedores	Mean	22,79
	N	24
	Std. Deviation	7,37
Agricultores e trabalhadores qualificados	Mean	22,45
	N	11
	Std. Deviation	6,11
Operários, artífices e trabalhadores similares	Mean	22,14
	N	37
	Std. Deviation	5,58
Trabalhadores não-qualificados	Mean	<b>20,83</b>
	N	6
	Std. Deviation	8,75
Domésticas	Mean	21,88
	N	33
	Std. Deviation	4,71
Estudantes	Mean	<b>33,00</b>
	N	5
	Std. Deviation	5,61

Relativamente à manutenção/**atividade profissional** encontraram-se relações significativas ( $p < 0,05$ ) entre reformados e não reformados (Quadro 9) e entre activos e inactivos (Quadro 10), relativamente à aceitação da doença, cuja variabilidade de respostas não é significativa (Levene  $p > 0,05$ ).

Os Hds que ainda não estão reformados, em média, mostraram maior aceitação da doença do que os que se reformaram (Quadro 9).

## DESAFIOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Quadro 9- Comparação de médias entre a AIS e o estado de actividade profissional

ESCALAS	TESTE DE LEVENE		Está reformado?				TESTE	
			Sim N ( 99)		Não N ( 51)		t	
	F	p	média	desvio padrão	média	desvio padrão	t	p
Aceitação Felton	2,617	,108	22,354	5,675	24,824	6,764	-2,363	,019

O mesmo acontece relativamente ao **nível de actividade**, ou seja, os indivíduos que se mantêm activos apresentam em média maior aceitação da doença (24,378) do que os que não têm qualquer actividade (22,261).

Existem diferenças de médias estatisticamente significativas (ANOVA:  $p=.001$ ) entre a AIS e a **situação económica**. Os Hds que consideram ter uma boa situação económica apresentam maior aceitação da doença (24,63) que os que a consideram razoável (24,11) ou má (19,55).

A **Expectativa de Transplante Renal** não altera o comportamento dos indivíduos relativamente à aceitação da doença ( $p>0,05$ ).

## DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

A discussão dos resultados está organizada de acordo com a ordem apresentada nos resultados, de forma a dar resposta ao objectivo da investigação: Avaliar o nível de aceitação da doença nos Hds, bem como a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas.

No presente estudo, os Hds apresentam uma moderada **aceitação da doença**. Atendendo à gravidade da doença e agressividade dos tratamentos, tal resultado pode ser considerado satisfatório. Sendo uma amostra de indivíduos adultos, apesar de a **idade** não ter relação significativa, a aceitação moderada pode indicar uma busca de equilíbrio nos valores adquiridos, vida familiar, laboral, e social, uma vez que é nestas idades em que existe maior estabilidade aos diversos níveis, mas também com as suas repercussões pelas limitações causadas pela doença, pelo que será difícil atingir um nível elevado de aceitação. Como refere Gathercole (1988), a adaptação pode ser um processo longo e difícil e muitos doentes jamais conseguirão ajustar-se completamente às alterações impostas pela sua insuficiência renal.

Quanto ao **tempo em tratamento**, também Keogh e Feehally (1999) não encontraram relação entre a aceitação da doença e os anos em terapia de substituição renal e Gameiro (1999), referindo-se à durabilidade da situação da doença ("enduring"), não verificou relação significativa entre esta e os sentimentos de desesperança. Mais tempo de contacto com a doença e stressores, pode ter um efeito desgastante, mas, por outro lado, esse mesmo tempo pode permitir também a organização de processos eficazes de confronto (coping) com a situação, melhorando a auto-actualização e conseqüentemente uma melhor aceitação da doença (Guerra, 1998; Gameiro, 1999). Grande percentagem dos indivíduos em estudo realizam sessões de hemodiálise há mais de quatro anos (33,7%), potencialmente já se encontram adaptados às limitações causadas pelo tratamento de hemodiálise.

## ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

Relativamente ao **gnero**, os homens da amostra mostraram maior aceitaao da doença do que as mulheres ( $p < 0,05$ ). O estudo de Lindqvist, Carlsson & Sjoden (1998) sobre o modo de lidar com os aspectos da doença, revelou que os homens obtiveram resultados mais elevados na aceitaao da doença, relativamente aos aspectos físicos do que as mulheres, mas estas obtiveram melhores resultados quanto ao aspecto existencial. Noutros estudos, não se encontraram relaoes entre as mesmas variáveis (Keogh e Feehally, 1999; Martins, 2002), apesar de também encontrarem uma média de aceitaao superior nos homens que nas mulheres, e entre gnero e auto-actualizaao (Guerra, 1992), sendo esta uma variável positiva de aceitaao da doença (Martins, 2002;2005).

Neste estudo, não se encontraram correlaoes entre os diferentes grupos de **estado civil e coabitao** com a aceitaao da doença. No entanto, os indivíduos solteiros são os que apresentam níveis mais elevados de aceitaao. Num estudo com doentes crnicos, Pakenham et al. (1994) concluíram que ter um companheiro estava associado a um mais pobre ajustamento social  doença e a um aumento de queixas físicas, podendo encorajar a dependência e a aderência ao papel de doente e, como consequência, alimentar a doença e enfraquecer o funcionamento social. Tal facto, pode simplesmente dever-se às dificuldades interpessoais que surgem quando um parceiro se apercebe de que o outro tem uma doença que pode provocar a morte. Lume (1991), no seu estudo sobre indicadores de tensão familiar, refere que doente e cônjuge estão em tal situaao que o apoio de um influencia necessariamente o outro e o seu funcionamento acaba por ser dependente das interacoes múltiplas que pertencem ao seu meio social.

O doente e a/as pessoas com quem vive podem necessitar de apoio adicional porque lidam com a tensão associada à necessidade de adaptaao e ao papel de fornecer cuidados, na vida diária.

**As habilitaoes literárias** influenciam a aceitaao da doença, sendo menor quanto menos habilitaoes tem o indivíduo. Atendendo a que os Hds da amostra se situam a um nível literário médio, compreende-se que apresentem a moderada aceitaao da doença encontrada no estudo. Não se encontraram estudos com estas variáveis, mas de interesse os achados de Gameiro (1999) sobre o sofrimento dos doentes, conclusivos de que a intensidade das experiências de sofrimento dos doentes difere, em termos globais, em funao do respectivo nível de escolaridade, registando-se menor sofrimento nos indivíduos com instruao escolar intermdia (7 a 12 anos de estudos). Os que apresentaram mais sofrimento foram os de escolaridade mais baixa, seguidos dos indivíduos com escolaridade mais elevada.

Associando o nível de escolaridade às competências cognitivo-conceptuais,  de admitir que as pessoas com menor nível de escolaridade possuam, em geral, menor capacidade de integraao conceptual dos fenmenos perturbadores vividos, sofrendo mais com a doença (Joyce-Moniz e Reis, 1991). Assim sendo, apresentam mais dificuldades em aceitar as novas limitaoes e redefinir os seus objectivos de vida.

Dessa forma também são explicados os resultados obtidos relativamente à **profissão** ( $p < 0,05$ ) em que os trabalhadores não qualificados, seguidos dos técnicos e profissionais de nível intermédio são os que apresentam comportamentos menos positivos perante a doença. Os estudantes, seguidos dos profissionais das profissoes intelectuais e científicas, são os que apresentam índices comportamentais mais positivos. A manutenao da actividade também é uma variável positiva com influência na aceitaao da doença. O facto de os indivíduos se reformarem e não terem qualquer actividade, influencia negativamente o comportamento perante a doença.

Os benefícios psicológicos de ter um emprego ou manter uma ocupaao, aumentam a auto-estima dos doentes e provê uma fonte de identidade e uma sensaao de contribuir para a sociedade (Juneau, 1995). A **manutenao da actividade** profissional é um factor que influencia favoravelmente o processo de adaptaao  HD pois permite ao doente lidar melhor com a depressão, impedindo a regressão e fixaao ao papel de doente e reforçando a sua auto-estima, que se vai repercutir positivamente na sua vida, nomeadamente familiar e social. A gratificaao que o indivíduo obti-

nha através do seu trabalho, antes de adoecer, e o tipo de trabalho, são factores a considerar na reabilitação (Delgado, 1997; Fonseca, 1997).

Os Hds que consideram ter uma boa **situação económica**, apresentam maiores níveis de aceitação da doença ( $p < 0,05$ ). Como refere Fonseca (1997), a par da manutenção do trabalho, os hemodialisados não vêm diminuídas as suas capacidades e recursos económicos, podendo fazer face ao acréscimo de despesas com a doença e tratamento, podendo manter uma qualidade de vida aceitável. O indivíduo que se sente social e economicamente válido não experiencia de forma excessiva sentimentos de dependência, angústia e desespero, como os que se encontram passivos na vida social, tendendo a aceitar melhor a sua condição de doença.

De interesse foram os achados que Pearlin e col. (1981), cit. por Felton e Revenson (1984), encontraram nos seus estudos com doentes crónicos, ao verificarem que indivíduos que utilizaram a estratégia de fazer comparações positivas com os outros e desvalorizaram o sucesso económico, eram mais bem sucedidos em evitar a tensão económica, a perda da auto-estima e a depressão.

No entanto, no geral, os doentes Hds, apresentam um nível de rendimento inferior aos demais e, por isso, há necessidade de apoio social, disposições ocupacionais, resolução de problemas económicos, suporte afectivo e atento da família e assistência médica adequada (Lume, 1986).

Quanto à variável **expectativa de TR** não altera o comportamento dos indivíduos relativamente à aceitação da doença. Apesar de o TR ser, sem dúvida, a melhor e, no geral, a mais esperada alternativa de tratamento destes doentes, permitindo a reposição integral das funções renais e uma melhor reabilitação, não deve ser visto, como diz Ribeiro (1997), uma “panaceia” que tudo resolve nestes doentes, pois, apesar de cada vez mais raramente, ainda falha. A rejeição ou a falência de um transplante é o maior medo dos doentes, além de ficarem submetidos a terapêutica vitalícia, responsável por importantes complicações.

Segundo Radley (1995), o doente crónico convive com uma doença para o resto da sua vida, exigindo adaptação e resignificação da vida em vários sectores. A doença pode auxiliar na reflexão de valores e para isso, o indivíduo busca algo que explique a sua doença e o faça aceitá-la. Nessa busca de aceitação tenta anular as diferenças e limitações causadas pela doença.

De facto, a **aceitação da doença** implica um reconhecimento e entendimento das limitações e perdas impostas pela doença lidando com as mudanças sem perda de metas a longo prazo (Murray & Zenter, 1989 in Keogh & Feehally, 1999).

Se analisarmos o doente em hemodiálise, como alguém que necessita de se confrontar com limitações diárias, sabemos que precisa de reagir positivamente. Como diz Guerra (1998:50), “uma reacção saudável envolve também a busca do sentido ou significado de vida”, ou seja, um propósito, uma razão que faça o indivíduo mover-se e não estagnar”. Também Frankl (1999:188) refere que “face a qualquer condição, inclusive as mais inconcebíveis, todo o ser humano precisa de ver um sentido e é capaz de o encontrar”.

O conhecimento da doença e a capacidade de gerir o tratamento podem favorecer a sua aceitação. O saber de uma pessoa elabora-se ao longo da vida sob a influência de vários factores: meio cultural, percurso escolar, actividade profissional e social (Lacroix & Assal, 1998).

Deste modo, é essencial que os técnicos de saúde reconheçam o indivíduo como um todo, que aceitem que a doença pode ter impacto na vida emocional do indivíduo, adaptando as abordagens terapêuticas às necessidades dos indivíduos, através de uma perspectiva global e compreensiva da pessoa, em âmbito multiprofissional. (Lacroix & Assal, 1998; Bodenheimer, 2002; Gfeller & Assal, 1983) É um grande desafio, uma vez que são esperadas algumas dificuldades relacionadas com a heterogeneidade nas características dos indivíduos (idade, nível sociocultural, necessidades, representações que fazem da doença e tratamento, motivação para aprender e grau de aceitação da doença, entre outras).

## ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRÓNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

Acredita-se que esta pesquisa possa subsidiar a identificação de factores que contribuem para a aceitação da doença, podendo predizer sobre os indivíduos de maior risco. A aceitação é de importância fundamental no processo de adaptação ao tratamento de HD, pelo que os profissionais de saúde a deverão considerar como uma variável positiva. A AIS é de fácil preenchimento e é um instrumento fiável na avaliação psicológica do IRC, bem como de pessoas acometidas por outras doenças crónicas para, dessa forma, qualificar o cuidado a estes doentes.

Frankl (1999) é da opinião que ninguém pode dizer ao doente o que deve significar para ele determinada situação e ainda menos dizer-lhe se deve ou não ver o sentido da sua vida em conjunto. Mas pode-se mostrar que a vida não deixa de oferecer um sentido, até ao último momento, até ao último alento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bodenheimer, T. (2002). *Patient selfmanagement of chronic disease in primary care*. *Jama*, 2288-2367.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997). Living with Chronic Illness. *Health Psychology*, 265-300.
- Delgado, L. – Ao Aspectos Psicológicos do Insuficiente Renal Crónico em hemodiálise, In: *Manual de Hemodiálise*. Clínica de Doenças Renais, Lisboa, 1997, 203-206.
- Duarte, J. P. (1992). Doença Crónica: Uma corrida de obstáculos. *Revista Portuguesa de pediatria*, 23, 145-150.
- Fonseca, M. J. (1997). Aspectos sociais do Insuficiente Renal Crónico em Hemodiálise. In: *Manual de Hemodiálise*. Clínica de Doenças Renais, Lisboa, 207-209.
- Felton, B. J., Revenson, T. A. & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18, 889-898.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 343-353.
- Frankl, V. (1999). *El Hombre en busca del sentido último: El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona, Paidós.
- Gameiro, M. H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gfeller, R.; Assal, J.P. (1983). Developmental stages of patient acceptance in diabetes. In Assal, J.P. et al. *Diabetes education: how to improve patient education*. Hardcover: Excerpta Medica.
- Guerra, M. P. (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de século.
- Juneau, B. (1995). Psychologic and psychosocial aspects of renal transplantation (Review). *Critical Care Nursing Quarterly*, 17, 62-66.
- Keogh, A. M. & Feehally, J. (1999). A Quantitative Study Comparing Adjustment and Acceptance of Illness in Adults on Renal Replacement Therapy. *ANNA Journal*, 26 (5), 471-477.
- Lacroix, A. & Assal, J.P.H. (1998). *L'éducation thérapeutique des patients*. Paris: Éditions Vigot.
- Lindqvist, R, Carlsson, M., & Sjoden, P. O. (2000). Perceived consequences of being a renal failure patient. *Nephrology Nursing*, 27 (3), 291-7.
- Lume, J. R. (1991). Aspectos Gerais sobre a Situação da Pessoa em Hemodiálise. *Arquivos de Medicina*, Porto, 5 (2), 88-92.
- Malpique, C. (1995). Prevenção da Doença Crónica -Apoio Psicoafectivo. *Revista Nascer e Crescer*, Porto, Setembro, 4 (2), 160-161.
- Martins, M.G.J.B. (2002). *A Auto-Actualização e o Sofrimento na Explicação da Aceitação da Doença Crónica: uma investigação no adulto em tratamento de Hemodiálise*. Tese de Mestrado apre-

## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

sentada  Faculdade de Medicina da U.P.

Pakenham, K.I.; Dadds, M.R. & Terry, D.J. (1994). Relationships Between Adjustment to HIV and Both Social Support and Coping, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1194-1203.

Radley, A. (1995). *Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease*. 1<sup>a</sup> ed, London and New York, Routledge.

Ribeiro, J. P. (1997). A promoo da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crnicas. In: *Actas - 2<sup>o</sup> Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga: Ed. José Luís pais Ribeiro, 253-282.

