



# **DILEMAS ATUAIS & DESAFIOS FUTUROS**



## **Miranda do Douro**

**Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa  
Maria Maior**

**Escola Superior de Saúde / IPB**

**28 e 29 de Setembro de 2012**

## **LIVRO DE ATAS (EBOOK)**

### **COORDENADORES:**

**Adília da Silva Fernandes**

**Carlos Pires Magalhães**

**Maria Augusta Pereira da Mata**

**Maria Helena Pimentel**

**Maria Gorete Baptista**

## **FICHA TÉCNICA**

### **Título**

*Dilemas atuais e desafios futuros* | I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

### **Autores/Editores**

Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata;  
Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

### **Editora**

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

### **Data**

Setembro de 2012

### **ISBN**

978-972-745-144-9

Esta edição é publicada pela Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Agência Nacional ISBN

*Dilemas atuais e desafios futuros* - I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior

editado por Adília da Silva Fernandes; Carlos Pires Magalhães; Maria Augusta Pereira da Mata; Maria Helena Pimentel; Maria Gorete Baptista

ISBN 978-972-745-144-9

Editora: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança

Prefixo da Editora: 972-745-

Livro em 1 volume, 259 páginas

Este livro contém informações obtidas de fontes autênticas. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores.

Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSa-IPB. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, electrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSa-IPB.

Todos os direitos reservados.

Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Bragança

Avenida D. Afonso V - 5300-121,

Bragança, Portugal

Tel: (+351) 273 303 200 / (+351) 273 330 950

Fax: (+351) 273 327 915

© 2012 by ESSa - IPB

ISBN 978-972-745-144-9

## ÍNDICE

<b>PROGRAMA .....</b>	<b>07</b>
<b>ARTIGOS .....</b>	<b>10</b>
01 - IDENTIFICAÇÃO DE LIMITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM DOENTES COM DPOC .....	11
02 - CARATERIZAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRABALHO NOS HOSPITAIS DO DISTRITO DE BRAGANÇA ENTRE 2000 E 2010.....	23
03 - REALIDADES DO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO - UM OLHAR SOBRE AS EMOÇÕES DO IDOSO .....	36
04 - CUIDADOS PALIATIVOS EM CUIDADOS CONTINUADOS .....	48
05 - PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS SUBMETIDOS A DIÁLISE .....	59
06 - ANÁLISE DAS QUEDAS QUE RESULTARAM EM FRATURA DA EXTREMIDADE PRÓXIMAL DO FÉMUR .....	77
07 - FORÇA DE PREENSÃO MANUAL COMO INDICADOR DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS .....	90
08 - FUNCIONALIDADE DE IDOSOS COM OSTEOARTRITE .....	99
09 - AUTONOMIA DOS UTENTES DE UMA UNIDADE DE CONVALESCENÇA – RESULTADOS PRELIMINARES .....	111
10 - UM NOVO MODELO DE GOVERNANCE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS? ESTUDO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS .....	124
11 - EXERCÍCIO FÍSICO EM IDOSOS DIABÉTICOS E PERCEÇÃO DA SUA IMPORTÂNCIA NO CONTROLO DA DOENÇA .....	140
12 - SOBRECARGA EM CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DEPENDENTES E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS DO CUIDADOR E DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS NAS AVD .....	149
13 - REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE OS CUIDADOS CONTINUADOS DO CUIDADOR INFORMAL DE UMA PESSOA DEPENDENTE: EXPERIÊNCIAS DE QUEM CUIDA .....	158
14 - COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM MEIO RURAL E URBANO.....	170
15 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO ENVELHECIMENTO .....	178
16 - O IDOSO E A MEDICAÇÃO .....	186
17 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO REFERENTE À DETECÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ....	195
18 - ADESÃO À DIETA EM IDOSOS EM DIÁLISE .....	206
19 - CONTEXTOS DE ENVELHECIMENTO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE IDOSOS: NECESSIDADES SENTIDAS NO CONCELHO DE BRAGANÇA .....	218
20 - AUTO-ATUALIZAÇÃO E ACEITAÇÃO DA DOENÇA CRÓNICA .....	232
21 - AS TRAJETÓRIAS DE VIDA E AS DOENÇAS NEURO DEGENERATIVAS: DOENÇA DE ALZHEIMER E DOENÇA DE PARKINSON .....	245

## **20. AUTO-ATUALIZAÇÃO E ACEITAÇÃO DA DOENÇA CRÓNICA**

## **20. AUTO-ACTUALIZATION AND ACCEPTANCE OF CHONIC DISEASE**

**Maria Gorete de Jesus Baptista**

Professora-adjunta na Escola Superior de Saúde-IPB

gorete@ipb.pt

## **Resumo**

O interesse teórico e prático deste estudo, situa-se na perspectiva de encontrarmos alguns subsídios que nos permitam compreender a importância da auto-actualização na aceitação da doença crónica. Foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, numa amostra de quarenta doentes crónicos (IRC em tratamento de hemodiálise).

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e a auto-actualização e aceitação da doença. A correlação entre as variáveis auto-actualização e aceitação da doença revelou-se estatisticamente significativa, sendo positiva e moderada ( $r = -.724$ ) ou seja, um aumento nos scores de auto-actualização provoca um aumento nos scores da aceitação da doença e vice-versa.

Em termos gerais, os resultados deste estudo remetem-nos para a importância da compreensão de factores emocionais que afectam o doente crónico e de como conseguem, ou não, lidar com as dificuldades que vão surgindo. Ao vivenciar a sua doença e tratamentos, o indivíduo depara-se com problemas existenciais e necessita de encontrar soluções para minorar o sofrimento, redefinindo objectivos e encontrando um novo sentido para a sua vida, ou seja, aceitando a sua nova condição de homem da doença.

**Palavras-chave:** Auto-actualização; Aceitação; Doença crónica.

## **Abstract**

The theoretical and practical interest of this study lies in the prospect of finding some subsidies that allow us to understand the importance of self-actualization in acceptance of chronic illness. We developed a descriptive exploratory study, a sample of forty chronically ill (CKD on hemodialysis).

There were no statistically significant correlations ( $p > 0.05$ ) between the socio-demographic and clinical and self-actualization and acceptance of the disease. The correlation between the self-actualization and acceptance of the disease was statistically significant, positive and moderate ( $r = -.724$ ), an increase in scores of self-updating causes an increase in disease scores of acceptance and vice versa.

Overall, the results of this study lead us to the importance of understanding the emotional factors that affect the chronically ill and how can, or not, to deal with the difficulties that arise. In experiencing their disease and treatments, the individual is faced with existential problems and need to find solutions to alleviate suffering, redefining goals and finding a new direction for your life, or accepting their new status as man's disease.

**Keywords:** Auto-actualization; Acceptance; Chronic disease.

## **Introdução**

As doenças crónicas representam um dos maiores problemas de saúde no mundo industrializado e constituem as primeiras causas de incapacidade e morte prematura. A Insuficiência Renal Crónica é uma dessas doenças, com grande impacto no indivíduo. É caracterizada, principalmente, por uma perda considerável da função homeostática do organismo. Os rins perdem a sua capacidade funcional de forma irreversível, não eliminando os produtos tóxicos por eles normalmente excretados, acumulando-se no sangue. Tornam-se então incapazes de manter o meio interno com uma composição compatível com a vida. E como a evolução técnica e científica, nomeadamente na área da química, física e biologia, veio incrementar o desenvolvimento da medicina, o seu tratamento representa um grande sucesso no desenvolvimento da Medicina nas últimas décadas.

Segundo Malpique (1995), a doença crónica 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 também cada vez mais se prepara para integrar essas pessoas.

Sem dúvida planteiam-se reflexões de extenso significado, traduzindo a necessidade de uma análise psicossocial e de comportamentos dos pacientes que sofrem com a situação de cronicidade de doença e dos seus tratamentos.

Nos momentos de crise ao longo do ciclo vital do indivíduo, nomeadamente a doença e o sofrimento que ela acarreta, poderão ser uma oportunidade e uma motivação do sistema de valores próprio, mobilizando as capacidades pessoais e a rede social de apoio disponíveis para procurar novas formas de estar na vida e em interacção com os outros. O Homem busca continuamente a sua realização e o desenvolvimento das suas potencialidades, pela tendência à auto-actualização (Guerra, 1994).

A presente investigação realiza-se assim dentro deste novo paradigma para a saúde na doença, procurando avaliar em que medida a auto-actualização e as experiências de sofrimento na doença se encaminham na compreensão do fenómeno "aceitação da doença", numa perspectiva de reconhecimento e compreensão das limitações pelo IRC em tratamento de hemodiálise. Mais concretamente, em que medida os respondentes aceitam a sua doença, sem experienciarem sentimentos ou respostas negativas.

## Material e Métodos

Foi feito um estudo exploratório, descritivo em doentes em tratamento de hemodiálise na Unidade de Hemodiálise do Centro Hospitalar de Bragança e no Centro de Hemodiálise de Mirandela.

Para a determinação dos participantes no estudo, tivemos em consideração alguns critérios de inclusão, determinados de acordo com os objetivos do estudo e as características dos instrumentos de colheita de dados (Idade adulta, entre 24 e 65 anos; Tempo em hemodiálise superior a 6 meses; Saber ler e escrever em português; Sem patologia mental). Atendendo às limitações determinadas pelos critérios de inclusão e devido a incorreções no preenchimento dos questionários, deparamo-nos com uma amostra populacional de 40 sujeitos para participarem no nosso estudo, numa população-alvo de 162 utentes.

A média de idades da população em estudo é de 43,58 anos, tendo o indivíduo mais novo 26 anos e o mais velho 65 anos. A maior percentagem dos indivíduos encontra-se incluída na *classe etária* dos 36-41 anos (27,5 %), seguida da classe etária dos 42-47 anos (22,5 %), podendo dizer que é uma amostra populacional de adultos maduros. No que concerne ao *estado civil*, 75% dos indivíduos são casados, 22,5% são solteiros e apenas um (2,5%) é divorciado, não existindo viúvos na nossa amostra.

De todos os indivíduos da amostra, apenas 5% *vivem sozinhos* (um solteiro e o divorciado), e a maioria (95%) vive acompanhado por familiares, que são os cônjuges, os pais, os irmãos e os filhos. A maior percentagem dos indivíduos da amostra tem como *habilitações literárias* o 3<sup>o</sup> ciclo (35%), seguida do 1<sup>o</sup> ciclo (30%). Com o ensino secundário (até o 12<sup>o</sup> ano), temos apenas quatro indivíduos (10%), dois dos quais se encontram a frequentar o ensino superior politécnico.

Relativamente à *formação profissional*, verificamos que a amostra se distribui em maior percentagem pelo sector terciário com 48,0 % (científico, administrativos, comércio e outras profissões similares) e apenas 3,0 % se encontra no sector primário (agricultor); relativamente às domésticas constatamos que são a grande maioria, com 49,0%. A maioria dos indivíduos da amostra mantém um padrão de *atividade* normal, ocupando-se a tempo inteiro (57,5 %). Alguns (17,5 %) mantêm uma ocupação em tempo parcial e 25% não têm nenhuma ocupação. A maior percentagem realiza sessões de hemodiálise há menos de dois anos (40%), seguida dos indivíduos em *tratamento* entre três e cinco anos (35%). Há mais de 6 anos em tratamento, encontram-se 25%. Podemos predizer que, potencialmente, os sujeitos

da amostra em estudo já se encontram adaptados às limitações causadas pelo tratamento de hemodiálise.

Face ao objetivo proposto no presente estudo e dada a natureza íntima dos fenómenos que se pretendiam estudar, utilizámos *instrumentos* que permitissem uma recolha de dados, que constituem a matéria-prima de qualquer análise estatística. Foram obtidos dados primários através de questionários de auto-relato. Os instrumentos selecionados, estruturados sob a forma de questionários, são específicos para medir a intensidade dos fenómenos que pretendemos avaliar:

- *AIS- "Acceptance of Illness Scale"* – A escala de aceitação da doença, de Felton's (1984). Trata-se de um questionário que enfoca directamente qual a dimensão da aceitação da doença, ou até que ponto os respondentes podem aceitar a sua doença sem experimentar sentimentos ou respostas negativas (Keogh & Feehally, 1999). Esta escala foi construída e usada numa investigação, nos USA, em adultos com doença crónica e avaliava o sucesso dos doentes em sentirem aceitação e valor, apesar da incapacidade, dependência e sentimentos de inutilidade que a doença ocasiona.

- *"Escala de Auto-Atualização", de Guerra (1998)* - A escala de auto-actualização foi construída pela autora para avaliar o indivíduo quanto ao desenvolvimento das suas potencialidades. Abrange quatro dimensões essenciais na sua caracterização: Sentido de vida, orientação interior, vida criativa e dimensão existencial. As questões foram elaboradas tendo subjacentes os conceitos teóricos que as representam, apresentando um português claro e acessível a vários níveis de escolaridade, mas visando somente uma faixa etária de maiores de 18 anos.

Esta última escala já tinha sido testada e usada com fiabilidade na população portuguesa e a AIS nunca tinha sido utilizado em nenhuma investigação feita em Portugal, sendo validada no presente estudo.

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

## **Resultados**

### *Verificação da consistência interna das escalas utilizadas*

Os resultados para a fiabilidade dos dados obtidos com cada escala, nesta amostra, utilizando o alfa de Cronbach (Reliability Analysis), foram os seguintes:

- 0,795 para a AIS

- 0,893 para a escala de auto-actualização

Todos os valores de alfa obtidos estão acima do valor considerado aceitável (0,7), podendo admitir-se que estas escalas medem de forma consistente os conceitos para os quais foram elaboradas.

### ***Caracterização descritiva das escalas***

O Quadro 1, apresenta as estatísticas descritivas obtidas na amostra para cada escala. Os valores máximo e mínimo de cada escala estão dentro do intervalo esperado para cada escala.

Os valores da razão assimetria/erro padrão assimetria devem estar dentro do intervalo -2 a 2 para que a distribuição se aproxime de uma distribuição normal. O mesmo é válido para a curtose (grau de achatamento) da distribuição.

Analisando os valores, a curtose de cada distribuição será idêntica à da distribuição normal correspondente. Por outro lado, a distribuição para a auto-actualização tem assimetria acentuada à direita ( $1,090/0,374 = 2,91$ ), afastando-se por isso de uma distribuição normal. Para a escala de aceitação a assimetria não é acentuada.

Quadro 1 - Estatísticas descritivas para cada escala

	AIS	Auto-Actualização
Intervalo de variação esperado:	8 a 40	33 a 165
Intervalo de variação observado:	14 a 39	98 a 161
Média $\pm$ 1 Desvio Padrão	25,73 $\pm$ 6,23	178,70 $\pm$ 15,33
Assimetria	0,361	1,090
Erro padrão da assimetria	0,374	0,374
Curtose	-0,559	0,908
Erro padrão da Curtose	0,733	0,733

### ***Modelo de regressão***

Considerando a aceitação da doença a variável dependente e a variável auto-actualização como variável explicativa, calculou-se o Coeficiente de Determinação ( $R^2$ ), ou seja, a percentagem de variação da variável dependente que é explicada pela variação da variável independente.

Tabela 1 - Coeficiente de Determinação ( $R^2$ ) entre a variável Aceitação da doença e a variável Auto-Atualização

Model	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão
1	,992	,985	,984	3,38

O resultado obtido indica que 98,5% da aceitação da doença avaliada pela escala de Felton é explicada pela auto-atualização (Tabela 1). A análise de variância, como podemos ver na Tabela 2, indica relação estatisticamente significativa entre as variáveis, tendo sido obtido um valor- $P < 0,01$ .

Tabela 2 - Análise de variância (ANOVA) entre a variável Aceitação da doença e a variável Auto-Atualização

ANOVA						
Modelo		Soma de quadrados	Graus liberdade	Estimadores de variância	F	Valor de prova
1	Regression	27551,264	2	13775,632	1206,896	,000
	Residual	433,736	38	11,414		
	Total	27985,000	40			

## Discussão/Conclusões

### *A influência da auto-atualização na aceitação da doença*

Reportando-nos aos resultados estatísticos obtidos entre estas variáveis, encontramos uma correlação positiva, moderada a forte, estatisticamente significativa entre a auto-atualização e a aceitação da doença ( $R = 0,753$ ), ou seja, um aumento nos níveis de auto-atualização permite um aumento significativo da aceitação da doença.

Ao longo da realização deste estudo, verificamos que estes conceitos estão intrinsecamente ligados, tanto ao nível da conceptualização teórica que lhe deu corpo, como ao nível dos seus achados. Verificou-se que o aumento no score da auto-actualização implica um aumento no score da aceitação e, desta forma, não poderemos separar tais conceitos, pelo

que tentaremos perspetivar uma forma de relacionar tais fenómenos, sem desmembrar o sentido da sua conceptualização fenomenológica.

Ao estudarmos a aceitação da doença no adulto com IRC em hemodiálise, os resultados globais confirmam que os pacientes que se mantêm auto-atualizados e que não vivenciam com grande intensidade ou de forma negativista as experiências decorrentes do seu estado, aceitam melhor a sua doença. Podemos inferir que, reagindo positivamente à sua situação de doença e seu tratamento, os indivíduos conseguem enfrentar, no seu dia-a-dia, as limitações a que estão sujeitos, sem no entanto se desvalorizar.

Atendendo ao conceito de auto-atualização defendido por Guerra (1994), que traduz as movimentações do homem na busca da sua realização e desenvolvimento das suas potencialidades, pensamos que realmente, uma situação de rompimento brusco com a vida normal, como acontece com o aparecimento de uma IRC sentida como uma crise, implica que o indivíduo tenha de confrontar-se com a sua nova realidade, adotando estratégias de luta que lhe permitam o desenvolvimento do seu continuum de vida e, dessa forma, sentir-se como pessoa que realiza e busca a sua realização.

Os resultados do nosso estudo vão de encontro à perspectiva de Dembo e col. (1956), ao dizerem-nos que uma pessoa para aceitar ou superar uma incapacidade, não significa ter de se reconciliar com uma situação infeliz, devendo antes, existir um processo de "reconversão de valor". Este envolve a aceitação da perda como pré-requisito para o passo seguinte da aceitação da diferença como algo de não desvalorização. Este conceito é visto pelos autores como um processo onde as limitações e os sentimentos associados, como o sofrimento, se tornam menos negativos, diminuindo de intensidade.

Sem dúvida que uma doença crónica é um obstáculo ou limitação nos interesses e na satisfação das necessidades de qualquer indivíduo. Constitui uma fonte de sofrimento, de insatisfações e problemas de adaptação a uma situação nova e irreversível. Face a uma perda grave, como é a perda de um órgão vital, a pessoa inicia um percurso de sofrimento que inclui a experiência de emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza, mas que normalmente evolui para uma consciencialização da perda como um facto irreversível e, de forma gradual, para a sua aceitação (Gameiro, 1999). Assim sendo, a resolução saudável deste processo de sofrimento, nunca é o seu esquecimento, mas a capacidade de redefinir os objetivos da vida e voltar a sentir prazer de viver (Parkinson, 1986; Serrão, 1995).

De facto, o indivíduo diagnosticado com IRC, deve experienciar grande sofrimento, necessitando de uma reorganização psicológica. Passa por um processo de readaptação faseada que, segundo Parkinson pode evoluir para um estágio elevado de desenvolvimento.

Claro que esse processo varia de acordo com as características do indivíduo, no entanto, parece existir uma ligação comum de etapas que a maior parte dos doentes crónicos atravessam durante algum tempo. As perspetivas de vários autores parecem coincidir na forma como caracterizam esse processo de adaptação à doença crónica. Primeiramente surge um período de desorganização caracterizado por uma grande ansiedade e esforços para negar ou minimizar o impacto, sendo quase ineficazes para enfrentar o stress; seguidamente acontece um período de reintegração em que há uma considerável utilização de defesas com vista á passagem para a última fase, em que os indivíduos mostram a reação adequada à confrontação com a realidade, ou seja, a adaptação à sua nova situação (Carlson, 1984; Nolasco, 1982; Levine, 1985).

Este último período perspetiva a aceitação da doença, em que há um reconhecimento e entendimento das limitações e perdas impostas pela doença (Felton et al, 1984), lidando com mudanças sem perda de metas a longo prazo (Beckman Murray e Proctor Zenter, 1989).

Estas teorias vão de encontro à perspetiva de Blank (1961) que descreveu as reações normais de uma personalidade sã perante a incapacidade, dizendo-nos que após o choque imediato surge a recuperação. Há uma direção de energia psíquica para a resolução dos problemas reais da vida (reeducação em comunicação, mobilidade e trabalho) e aceitação das limitações como um handicap. Pesquisas feitas por Devins e col.(1997), mostraram que os indivíduos com IRC que se identificaram com o auto-conceito de um doente renal crónico, são mais fracos, tem mais fadiga e queixam-se mais do que indivíduos cujo auto-conceito é menos influenciado pelo seu papel de doente. As pessoas que aceitam a sua perda sofrerão menos nas suas relações interpessoais não se desvalorizando e vendo-se como membros dignos e iguais de um grupo. Reportando-nos às características que o indivíduo com algum tipo de incapacidade deverá ter para aceitar a sua perda, apontadas por Dembo (1956) e Wright (1960): alargamento do espectro de valores, subordinação do psíquico, contenção dos efeitos da incapacidade e transformação de valores comparativos em valores próprios e, transportando-as às características que os indivíduos auto-actualizados deverão ter, representadas pelas dimensões da auto-actualização, conceptualizadas por Guerra (1998): sentido de vida, orientação interior, vida criativa e dimensão existencial, pensamos que são adequadas para explicar as relações significativas que encontramos no presente estudo.

O indivíduo afetado por uma IRC, sofre a perda de função de um órgão vital, de forma irreversível, só sobreponível à morte pela utilização de um tratamento crónico, por sua vez também agressivo, o que significa uma forma de incapacidade para toda a vida que se traduz em mudanças brutais nos seus hábitos que provocam grande sofrimento, às quais terá de se

adaptar para conseguir "continuar a viver...". Esta possibilidade passa, segundo Dembo e Wright, pelo "alargamento do espectro de valores", em que o indivíduo deverá ter capacidade para ver outros valores que não aqueles diretamente relacionados com o conflito resultante da perda. Guerra, comunga da mesma opinião, quando se refere à importância da "dimensão existencial" da auto-actualização, definindo o homem como "ser, capaz de interagir harmoniosamente com a humanidade e o Universo, respeitando os valores dos outros, mas mantendo a liberdade de ser como é..." (p.108), permitindo aceitar a ansiedade da morte como um processo natural, entendendo a vida humana como finita. Segundo Frankl (1999), a mais humana entre as necessidades humanas, é a de encontrar e dar um sentido à vida, chamando-lhe de "desejo de significado", na teoria motivacional. Cada situação da vida quotidiana com que o indivíduo se depara, confronta-o com exigências, com questões a que deve dar resposta, apelando à sua responsabilidade e autonomia.

Para Agra (1990) a doença em si não transforma o homem em doente. A doença reside no indivíduo que não tem criatividade e que não adota mecanismos de adaptação perante alterações de regras preexistentes para ele, sejam de natureza biológica, psicológica ou social. Então, a saúde reside no equilíbrio que o indivíduo manifesta nas suas interações com o meio, avaliando as suas possibilidades e necessidades, os impulsos e as forças vitais e as realizações dos seus atos. Para Guerra (1998), a "vida criativa" é fundamental na resolução de uma crise. "Ser capaz de apresentar várias leituras para uma mesma situação, ou utilizar os mesmos recursos para os combinar de maneira diferente..." (p:108). É importante que a pessoa não alargue a sua incapacidade além da real incapacidade física em relação aos outros aspetos do próprio funcionamento.

Assim, deve ser encorajado pelos profissionais que o assistem, pela família e amigos, a levar uma vida tão normal quanto for capaz, aceitando a diminuição da função. Nos espaços compreendidos entre os tratamentos, pode disfrutar de uma vida familiar e socioprofissional, utilizando os seus recursos, só que, como diz Guerra (1998) quando se refere à vida criativa, combinando-os de forma diferente. A autora também reviu que situações ameaçadoras podem tornar o indivíduo capaz de improvisar novas alternativas para a resolução dos seus problemas, e que muitas vezes têm repercussão na tendência altruísta de contribuir para a humanidade com a sua criatividade para benefício de pessoas em situações semelhantes. Podemos-nos reportar à existência de várias Ligas ou Associações, que mobilizam os seus recursos em prol da ajuda aos doentes por elas representados, como o caso da APIR (Associação Portuguesa dos Insuficientes Renais).

Assim sendo, a resolução saudável dos processos de sofrimento, nunca é o seu esquecimento, mas a capacidade de redefinir os objetivos de vida e voltar a sentir prazer de viver (Parkinson, 1986; Serrão, 1995; Gameiro, 1999). O sentido de vida não reflete só uma satisfação pessoal para atingir determinados objetivos, mas pode refletir também uma dimensão altruísta, como foi proposta por Frankl (1999), ao apontar três caminhos que levam ao encontro de um sentido para a vida: primeiro, cumprindo um dever ou criando algo, que será a perspectiva da criatividade necessária à auto-actualização, apresentada por Guerra (1998); o segundo caminho pode ser, experimentando algo ou encontrando alguém, ou seja, pode-se encontrar um sentido não só no trabalho, mas também no amor, dos outros e pelos outros, traduzindo-se na dimensão do sentido de vida da pessoa auto-atualizada (ibidem); mas o terceiro caminho, é considerado por Frankl, o mais importante. Aponta para uma transcendência do ser humano, ao dizer que "...quando enfrentamos um destino que não podemos mudar, somos chamados a dar o melhor de nós mesmos, elevando-nos acima de nós mesmos e crescendo mais além de nós mesmos; em uma palavra, através da transformação de nós mesmos" (p.189).

Esta perspectiva vai de encontro às dimensões - orientação interior e existencial - que devem existir, segundo Guerra (1998), para que a auto-actualização seja possível. Na mesma linha de pensamento, McIntyre (1995 b) teoriza que o sofrimento pode ser um estímulo e uma oportunidade de reconstrução criativa, resultando no crescimento humano (criatividade), apontando ainda outros aspetos positivos que se podem considerar no sofrimento humano: a motivação para a busca de significados (sentido de vida), a motivação para os outros e a abertura à dimensão espiritual ou transcendente (dimensão existencial). Estes aspetos podem ser considerados fatores particulares de reconstrução e crescimento pessoal, uma vez que a busca de significados permite rever o valor da vida e da coerência do projeto pessoal, a motivação para os outros disponibiliza os recursos dos sentimentos de solidariedade e de amor permitindo aceitar e pedir ajuda e a abertura a uma dimensão espiritual ou transcendente, baseada na fé, permite relativizar a dimensão temporal da vida e transcender a sua vivência terrestre como uma participação passageira, em que o sofrimento assume um sentido espiritual.

O ser humano deve buscar constantemente a sua realização e desenvolvimento das suas potencialidades. A doença e o sofrimento que acarreta, poderão ser uma oportunidade e uma motivação para a reorganização do sistema de valores próprio, mobilizando as capacidades pessoais e o suporte social disponível para procurar novas formas de estar na vida em relação com os outros.

Béfécadu (1993), defende que mais do que a gravidade objetiva de uma doença, de uma perda ou de um acontecimento promotor de sofrimento, importa aferir qual a significação que a pessoa atribui à experiência. Pensamos ser útil para os profissionais que contactam com os doentes em hemodiálise, analisar estas perspetivas apresentadas. Como referem Felton e col (1984), a consistência da relação entre bem-estar físico e emocional, reforça a ideia de que indivíduos, agindo com as suas solitárias capacidades, podem fazer relativamente pouco para alterar a angústia que a doença crónica tantas vezes ocasiona, sugerindo uma adaptação psicológica pobre. Os significados pessoais e as expressões do sofrimento são únicas, e é nessa perspetiva que deve ser entendido. Poderemos citar Barry & Malinovski (1965) que nos estudos que fizeram sobre a motivação para a reabilitação, notaram que a motivação do indivíduo para participar no processo de reabilitação e aceitação da doença, é fortemente influenciado pela interação "face-to-face" entre o doente e a equipa terapêutica. Concluem que o grau de aceitação, afeto e o reconhecimento mostrado por outros significativos, influenciam a re-motivação na reabilitação do doente.

Tincher (1961), diz que é necessário que o indivíduo, de alguma forma incapacitado, aceite a sua incapacidade, se ele quiser ser realista na sua necessidade de auto-realização" (p.24).

O ser humano, por natureza, tende e busca a realização. A ajuda de profissionais competentes é, sem dúvida necessária a estes doentes, pois sem apoio poderão ficar bloqueados pela negação da situação, fixar-se em recompensas alternativas ou deixar-se dominar pelos aspetos emocionais e persistir em comportamentos desajustados de descarga emocional ou de "aceitação resignada" (Ribeiro, 1995). Nestes casos, de acordo com Stedeford (1986) e Ribeiro (1995), observam-se com frequência quadros patológicos do foro psiquiátrico, necessitando da respetiva ajuda psicoterapêutica e medicamentosa. Portanto, não poderemos encarar as pessoas com limitações, apenas no ponto de vista da sua incapacidade, ou seja, a abordagem multidisciplinar deve ser possível. As necessidades do indivíduo com IRC, vão para além das estritamente médicas. Os seus problemas exigem o uso de fontes múltiplas de auxílio, que só após uma avaliação estrita das necessidades, sentimentos, motivações e comportamentos, poderão ser objeto de uma intervenção cuidada e dirigida à sua pessoa, no sentido da sua autonomia e capacidade de confronto para aceitar a sua situação, podendo dessa forma redefinir e prosseguir os seus objetivos de vida.

## Referências Bibliográficas

- Agra, C. (1990). Sujet Autopoiétique et Transgression. In: Acteur Social et Délinquance. Bruxelles, Mardaga.
- Barry, J. R., & Malinowsky, M. R. (1965). Client motivation for rehabilitation: a review. University of Florida, Rehabilit. Res. Monogr., N° 1.
- Beckman, M. R., & Proctor, Z. J. (1989). Nursing concepts for health promotion. Hertfordshire: Prentice Hall.
- Béfékadu, E. (1993). La souffrance: Clarification Conceptuelle. Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières, vol. 25, n° 1, 7-21.
- Carlson, C. E. (1984). La perte. In : Les Comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers, Paris, Le Centurion, 127-151.
- Dembo, T. ; Leviton, G. L. & Wright, B. A. (1956). Adjustment to misfortune - a problem of social-psychological rehabilitation. Artificial Limbs, 3, 4-62.
- Devins GM, Mann J, Mandin H, Paul LC, Hons RB, Burgess ED, et al (1990). Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. J Nerv Ment Dis, 178(2), 127-33.
- 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.
- Frankl, V. E. (1978), Psychotherapy and existencialism selected papers on Logotherapy, Middlesex, England, Penguin Books Harmondsworth.
- Frankl, V. E. (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. Grand (1961
- Guerra, M. P. (1992). Conceito de auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. Psychologica, 7, 95-102.
- Guerra, M. P. (1994). Avaliação da adaptação do ser humano à Seropositividade ao Vírus HIV. Análise Psicológica, vol.12, n.º 2-3, 381-388.
- Guerra, M. P. (1998). Sida: Implicações Psicológicas. Lisboa: Fim de século.
- Hegelson, V. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment to heart disease after coronary angioplasty. Health Psychology, 6, 561-569.
- Levine, D. Z. (1985). Nefrologia: Cuidados do paciente com doenças renais. São Paulo, Livraria Roca.
- McIntyre, T. M. (1995 b). Aspectos Positivos do Sofrimento. In McIntyre, T. M.; Vila-Chã, C. O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares. Braga: Associação Portuguesa de Psicólogos Clínicos (APPORT), 125-131.
- Nolasco, F. (1982). Patologia do hemodialisado, in Manual de hemodiálise para enfermeiros. Lisboa: Clínica de doenças Renais, 157-160.
- Parkinson, H. M. (1986). Coping with Loss and other Changes. In: Sorensen, K.C.; Luckmann, J. - Basic Nursing: a Psychophysiologic Approach, 2ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 125-134.
- Perry, P. A. & Potter, A.G. (1999). Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática. Rio de Janeiro, Ed Guanabara Koogan, Vol. 1, 4ª ed., 341-448.
- Ribeiro, J. P. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In: Actas - 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Braga: Ed. José Luís pais Ribeiro, 253-282.
- Serrão, D. (1995). A Eutanásia e o Direito de não Sofrer. In Cadernos de Bioética: Sofrimento e Dor. Coimbra, Edição CEB, (9), Abril, 29-34.
- Stedeford, A. (1991). Encarando a morte - uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas
- Tincher, D. H. (1961). Self-realization for the handicapped. J. Rehab, 27, 24-25.
- Wright, B. A. (1960). Physical disability: a psychological approach. New York: Harper and Row.