



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

ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRÔNICA PELO INDIVÍDUO 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 Bragança - Portugal

g.mina@portugalmail.pt

Fecha de recepción: 25 de enero de 2011

Fecha de admisión: 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.

INTRODUÇÃO

Com a evolução técnico-científica que se tem verificado nas últimas décadas, é 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 CRÔNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

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

Quando se diagnostica uma Insuficiência Renal Crônica (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 “crônica”. 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 situação de doença crônica e sempre dependendo das características do indivíduo, podem ocorrer várias emoções e dificuldades de aceitação. O impacto traduz-se num estado de crise que, por vezes, vai para além da adaptação à própria doença, podendo alargar-se aos contextos sócio-familiar e financeiro (Brannon e Feist, 1997).

O presente estudo teve origem em questões que sensibilizam os autores perante a problemática peculiar dos doentes hemodialisados (Hds). Como sentem na sua própria pele a deterioração 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 “aceitação” passa pelo reconhecimento e entendimento das limitações 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 investigação realiza-se assim dentro deste novo paradigma para a saúde na doença, procurando **avaliar o nível de “aceitação da doença” pelos Hds, bem como a influência de variáveis sócio-demográficas e clínicas que encaminhem na compreensão de tal fenómeno.**

Realizou-se um estudo exploratório descritivo e analítico em 150 doentes Hds. Foi construído um questionário sócio-demográfico e clínico para caracterização da amostra e utilizou-se uma escala de aceitação da doença (AIS de Felton, 1984) validada, num estudo anterior, para a população de Hds (Martins, 2002).

Os resultados do estudo mostram que os Hds da amostra apresentam uma aceitação da doença moderada. Algumas características sócio-demográficas destes doentes têm influência, com significância estatística, na aceitação da doença, nomeadamente: género, habilitações literárias, grupo profissional, estado de actividade profissional, situação económica e distância do local de tratamento. Não se encontraram relações estatisticamente significativas entre as variáveis clínicas desenhadas para o estudo, tais como, tempo em tratamento de HD, duração 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 investigação. O doente portador de uma doença crônica 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 crônica 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. Esta deveria ser feita por uma equipa transdisciplinar, que não deve apenas preocupar-se com a fase de diagnóstico e acompanhamento terapêutico hospitalar ou



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

na consulta, mas tem de prever todo um projecto mais abrangente que inclua uma acção pró-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 à situação 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 caracterização da amostra e seleccionado um instrumento específico para medir a intensidade do fenómeno que se pretende avaliar:

- AIS (Acceptance of Illness Scale) de Felton (1984)- avalia o sucesso dos doentes em sentirem aceitação 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 aceitação 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 aceitação muito alta da doença e, o score mínimo é de 8 pontos, considerada não-aceitação da doença.

A recolha de dados foi realizada entre Maio de 2005 e Setembro de 2007, nas Unidades de HD de onze instituições onde obtivemos autorização para a realização 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 selecção da amostra, segundo os critérios de inclusão apontados para o estudo: Indivíduos adultos com Insuficiência Renal Crónica em tratamento de Hemodiálise, no mínimo com o 1º ciclo como habilitações literárias e não sofrerem de patologia mental.

Aos doentes foi feito um esclarecimento do enquadramento e dos objectivos da investigação, bem como dos riscos/benefícios, e solicitada a sua autorização e disponibilidade para participar. Obteve-se uma amostra de 150 indivíduos.

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 caracterização 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 comparação de médias entre a Aceitação 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 correlação de Pearson. Para as variáveis demográficas e clínicas qualitativas com duas categorias, foi utilizado o teste t para amostras independentes que compara as médias 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 médias entre as diferentes categorias.



ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRÔNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

RESULTADOS

1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Relativamente ao **género**, a maioria da amostra (62,0%) é constituída por homens. A média de **idade** é 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 viúvos, 4,0% são divorciados e 88,7% **vivem com** familiares.

A maior percentagem dos indivíduos da amostra tem como **habilitações literárias** o 1º ciclo (50,7%), seguida do 3º 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 mantêm activos. 74,0 % consideram ter uma **situação económica** 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 nº 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, também apresentam maior variabilidade nas respostas mas que não é significativa (Levene: $p > 0,05$).



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

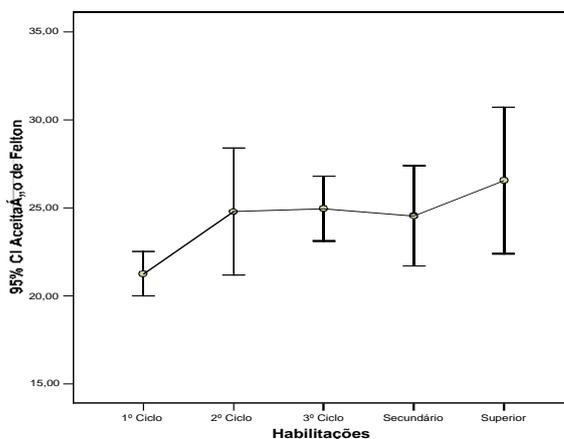
Quadro 7 - Comparação de médias entre AIS e género dos Hds

| | TESTE DE LEVENE | | HOMENS (n = 93) | | MULHERES (n = 57) | | TESTE t | |
|------------|-----------------|-------------|-----------------|---------------|-------------------|---------------|---------|-------------|
| | F | p | média | desvio padrão | média | desvio padrão | t | p |
| AIS | 2,251 | ,136 | 24,02 | 6,40 | 21,84 | 5,52 | -2,206 | ,029 |

Não 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 são os que apresentam níveis mais elevados de aceitação da doença (24,40) seguidos dos casados (23,09), viúvos (23,07) e divorciados (20,33). Na variável **coabitação**, o comportamento dos indivíduos, dependendo de com quem vivem, não se modifica com significância estatística ($p > 0,05$).

Existe relação ($p < 0,05$) entre as categorias das **habilitações literárias** e a AIS. Pode-se observar (gráfico 6) que a aceitação da doença é menor quanto menos habilitações literárias tem o indivíduo.

Gráfico 6 – Comparação de médias entre a AIS e habilitações literárias dos Hds



Na comparação de médias 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 são os que apresentam níveis mais elevados de aceitação da doença e com níveis mais baixos os trabalhadores não qualificados.



ACEITAÇÃO POSITIVA DA DOENÇA CRÓNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

Quadro 8- Comparação de médias entre a AIS e categoria profissional dos Hds

| Grupos profissionais | | Aceitação da doença |
|--|----------------|---------------------|
| 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 | 29,50 |
| | N | 4 |
| | Std. Deviation | 4,12 |
| Técnicos e profissionais de nível intermédio | Mean | 20,40 |
| | 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 | 20,83 |
| | N | 6 |
| | Std. Deviation | 8,75 |
| Domésticas | Mean | 21,88 |
| | N | 33 |
| | Std. Deviation | 4,71 |
| Estudantes | Mean | 33,00 |
| | 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).



DESAFÍOS 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 t | |
|------------------|-----------------|------|-----------------|---------------|----------------|---------------|---------|------|
| | | | Sim N (99) | | Não N (51) | | t | p |
| | F | p | média | desvio padrão | média | desvio padrão | | |
| 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 CRÓNICA PELO INDIVÍDUO HEMODIALISADO

Relativamente ao **género**, os homens da amostra mostraram maior aceitação 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 aceitação da doença, relativamente aos aspectos físicos do que as mulheres, mas estas obtiveram melhores resultados quanto ao aspecto existencial. Noutros estudos, não se encontraram relações entre as mesmas variáveis (Keogh e Feehally, 1999; Martins, 2002), apesar de também encontrarem uma média de aceitação superior nos homens que nas mulheres, e entre género e auto-actualização (Guerra, 1992), sendo esta uma variável positiva de aceitação da doença (Martins, 2002; 2005).

Neste estudo, não se encontraram correlações entre os diferentes grupos de **estado civil e coabitância** com a aceitação da doença. No entanto, os indivíduos solteiros são os que apresentam níveis mais elevados de aceitação. Num estudo com doentes crónicos, Pakenham et al. (1994) concluíram que ter um companheiro estava associado a um mais pobre ajustamento social à 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 situação que o apoio de um influencia necessariamente o outro e o seu funcionamento acaba por ser dependente das interacções 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 adaptação e ao papel de fornecer cuidados, na vida diária.

As habilitações literárias influenciam a aceitação da doença, sendo menor quanto menos habilitações tem o indivíduo. Atendendo a que os Hds da amostra se situam a um nível literário médio, compreende-se que apresentem a moderada aceitação 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 função do respectivo nível de escolaridade, registando-se menor sofrimento nos indivíduos com instrução escolar intermédia (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, é de admitir que as pessoas com menor nível de escolaridade possuam, em geral, menor capacidade de integração conceptual dos fenómenos perturbadores vividos, sofrendo mais com a doença (Joyce-Moniz e Reis, 1991). Assim sendo, apresentam mais dificuldades em aceitar as novas limitações 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 profissões intelectuais e científicas, são os que apresentam índices comportamentais mais positivos. A manutenção da actividade também é uma variável positiva com influência na aceitação 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 ocupação, aumentam a auto-estima dos doentes e provê uma fonte de identidade e uma sensação de contribuir para a sociedade (Juneau, 1995). A **manutenção da actividade** profissional é um factor que influencia favoravelmente o processo de adaptação à HD pois permite ao doente lidar melhor com a depressão, impedindo a regressão e fixação ao papel de doente e reforçando a sua auto-estima, que se vai repercutir positivamente na sua vida, nomeadamente familiar e social. A gratificação que o indivíduo obti-



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

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 vêem 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 CRÔNICA 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 à 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*. 1ª ed, London and New York, Routledge.
- 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.

