

MÁRCIA GRUBER FRANCHINI

**PSICOTERAPIA DE GRUPO: REABILITAÇÃO DE PACIENTES
AMPUTADOS POR DIABETES TIPO II E A INSERÇÃO
DE SEUS CUIDADORES**

**Dissertação apresentada ao curso de Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Santa Casa de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde.**

SÃO PAULO – 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MÁRCIA GRUBER FRANCHINI

**PSICOTERAPIA DE GRUPO: REABILITAÇÃO DE PACIENTES
AMPUTADOS POR DIABETES TIPO II E A INSERÇÃO
DE SEUS CUIDADORES**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Dra. Mariangela Gentil Savoia

SÃO PAULO – 2008

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Franchini, Márcia Gruber

Psicoterapia de grupo: reabilitação de pacientes amputados por diabetes tipo II e a inserção de seus cuidadores./ Márcia Gruber Franchini. São Paulo, 2008.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de pós-graduação em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Mariangela Gentil Savoia

1. Psicoterapia de grupo 2. Amputação 3. Cuidadores
4. Reabilitação 5. Diabetes mellitus tipo 2

BC-FCMSCSP/51-08

**Dedico este trabalho à minha mãezinha
querida que sempre acreditou no meu
potencial e me apoiou nos momentos que
mais precisei.**

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em nome do diretor Prof. Dr. Ernani Geraldo Rolim, pelo incentivo da prática profissional e no estímulo a pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro da Bolsa de Mestrado.

À equipe de profissionais do Centro de Reabilitação da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pela cooperação recebida e sem as quais não teria sido possível o desenvolvimento deste estudo.

Aos diretores, colaboradores e amigos do Hospital e Maternidade Mauá, que sempre me apóiam e me motivaram para o desenvolvimento desta pesquisa.

À minha querida orientadora Dr^a Mariangela Gentil Savoia, que com seu carinho e dedicação foi de fundamental importância na realização deste trabalho.

Ao meu papai Pedro, que sempre está ao meu lado compartilhando todos os momentos da minha vida e me incentivando profissionalmente.

Ao meu irmão Pedro, que com seu amor sempre torceu pela minha vitória.

Ao meu tio Beto e minha vovó Edy, que acompanharam o meu crescimento pessoal.

Ao meu namorado Fábio, que esteve do meu lado me dando força e me incentivando nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos queridos, que sempre estão ao meu lado o meu muito obrigado.

À Joyce, Egle e Liane, pela colaboração na revisão desta dissertação.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	1
1.1 Revisão da Literatura	5
1.1.1 O diabetes mellitus tipo II	5
1.1.2 Os cuidadores	10
1.1.3 O paciente e a família no contexto hospitalar	13
1.1.4 Aspectos emocionais de pacientes e cuidadores	15
1.1.5 A reabilitação	18
1.1.6 Psicoterapia de grupo	21
2- OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo Geral	25
3- MÉTODO	26
3.1 Sujeitos	26
3.2 Instrumentos	26
3.3 Local do estudo	27
3.4 Procedimento	28
3.5 Análise dos dados	29
4- RESULTADOS	30
4.1 Entrevistas com os pacientes antes dos grupos terapêuticos	30
4.2 Entrevistas com os pacientes depois dos grupos terapêuticos	36
4.3 Entrevistas com os cuidadores antes dos grupos terapêuticos	40
4.4 Entrevistas com os cuidadores depois dos grupos terapêuticos	44
5- DISCUSSÃO	48
5.1 Análise das entrevistas dos pacientes antes e depois do grupo	51
5.2 Análise das entrevistas dos cuidadores antes e depois do grupo	57
6-CONCLUSÕES	62
7- ANEXOS	63
A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
B- Entrevista com os pacientes antes do grupo 1	65
C- Entrevista com os pacientes depois do grupo 1	66
D- Entrevista com os cuidadores antes do grupo 1	67
E- Entrevista com os cuidadores depois do grupo 1	69
F- Entrevista com os pacientes antes do grupo 2	70
G- Entrevista com os pacientes depois do grupo 2	72
H- Entrevista com os cuidadores antes do grupo 3	73
I- Entrevista com os cuidadores depois do grupo 3	75
J- Miniexame do Estado Mental	76
L- Inventário de depressão de Beck	77
M- Parecer do Comitê de Ética	80
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
RESUMO	86
ABSTRACT	87

1 INTRODUÇÃO

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu a partir da minha experiência de dois anos como aluna do curso de especialização em Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Neste período atendi alguns pacientes amputados por diabetes tipo II no Centro de Reabilitação e percebi que, não só eles passavam por readaptações físicas, psíquicas e sociais, mas que essas transformações também abrangiam a sua família e em especial o seu cuidador, aquele responsável pelos cuidados diários do paciente.

Nesta época, observei por meio dos relatos dos pacientes um apelo para que os seus acompanhantes também pudessem participar do tratamento psicoterapêutico, tendo em vista que esses não participavam das terapias físicas e psicológicas ficando na sala de espera trocando informações com outros familiares. Além disso, os pacientes relatavam alguns episódios cotidianos que refletiam os conflitos vivenciados por ambos, o que influenciava no tratamento de reabilitação (Franchini, 2004).

Diante dessas observações, dei início ao grupo psicoterapêutico de dois pacientes e dois cuidadores.

Conclui nesta pequena amostra que a experiência de trazer o indivíduo responsável pelos cuidados diários do paciente ao grupo psicoterapêutico fortaleceu o vínculo com o paciente, principalmente quando ambos expunham sentimentos de medo, insegurança, instabilidade emocional e dificuldade cotidianas após a amputação. Isso repercutiu positivamente no grupo pelo fato dos pacientes perceberem que não só eles passavam por situações difíceis, mas também os seus cuidadores. Portanto, o grupo em questão foi eficaz na melhora do relacionamento entre o paciente amputado por diabetes tipo II e seu cuidador (Franchini, 2004).

A partir dessa experiência pensei não apenas em ampliar a amostra, mas também realizar uma análise comparativa entre duas modalidades de grupos psicoterapêuticos, grupo em que pacientes e cuidadores foram atendidos juntos ou aquele em que se encontraram separadamente.

O sujeito portador de *diabetes mellitus* sofre um aumento do nível de glicose no sangue devido à diminuição ou ausência de insulina produzida pelo pâncreas, o que leva a alterações no seu metabolismo (Smeltzer, Bare, 1993).

Os tipos mais comuns dessa enfermidade incluem o tipo I (insulino-dependente) e o tipo II (não insulino-dependente). O primeiro, conhecido como diabetes juvenil, porque se inicia geralmente na adolescência, atinge de 5% a 10% da população. Caracteriza-se pela produção inadequada de insulina no pâncreas e o indivíduo passa a necessitar de injeções desse hormônio para controlar a glicose sanguínea. Sua etiologia inclui fatores genéticos e/ou ambientais. Já o diabetes tipo II, o não insulino-dependente, acomete pessoas acima de 40 e 50 anos e está associado a uma diminuição na sensibilidade das células de insulina e baixa na sua produção. A etiologia aponta para a obesidade, hereditariedade e fatores ambientais (Nasri, 2000).

O *diabetes mellitus* pode também estar associado a outras condições ou síndromes, tais como o diabetes gestacional, o limítrofe, o latente, o químico, o subclínico, o assintomático, o pré-diabetes com anomalia prévia de tolerância à glicose e o pré-diabetes com anomalia potencial de tolerância à glicose (Smeltzer, Bare, 1993). Todos apresentam características próprias.

Quanto ao tratamento, preconizam Rodrigues, Aguilla (2003) deve estar sempre associado a uma reeducação alimentar e a mudanças no estilo de vida. No diabetes tipo I, como já dito, existe a necessidade de injeções de insulina e, no de tipo II, é mais comum a ingestão de agentes hipoglicemiantes orais.

Se, no decorrer da vida, os portadores de *diabetes mellitus* não tomarem os devidos cuidados, poderão ter complicações clínicas de tal ordem a necessitarem da amputação de membro (Smeltzer, Bare, 1993).

Do ponto de vista médico, a amputação é um procedimento cirúrgico que se apresenta como solução radical “... para o alívio da dor e para a manutenção da vida.” (Cavalcanti, 1994)

Diante desse quadro clínico, o indivíduo sofre forte impacto emocional por estar perante uma situação dolorosa, “... que debilita, deprime, limita as perspectivas de futuro, enfim, que compromete seu corpo, sua vida emocional e social.” (Torres, 1999). Como se isso não bastasse, Diogo (2002) acrescenta que, em alguns casos, a complicação do diabetes pode levar não só a uma amputação, mas também à reamputação.

Na situação de recém pós-amputado, o indivíduo começa a vivenciar diferentes fases que incluem o assimilar, o elaborar e o aceitar a nova condição física, e que são acentuadas ou amenizadas conforme suas pré-concepções, seu ambiente familiar e a assistência física e mental que recebe. “Estas mudanças obrigam à reorganização do

comportamento referente à relação consigo mesmo, com familiares e outras pessoas, às posses materiais, ao local de trabalho, às expectativas e planos para o futuro e até mesmo à interpretação do passado.” (Cavalcanti, 1994)

O impacto de uma doença, no caso o diabetes, e de uma situação tão difícil como a amputação, provocam reações de luto no indivíduo. Parkes (1970) elenca as fases do luto sendo, a primeira constituída pelo impacto ou choque da perda, a segunda caracteriza-se pela tentativa de reaver o objeto perdido, a terceira é a admissão da derrota e a última fase é a de readaptação do paciente ao seu mundo externo e de reorganização do mundo interno. O paciente, passa por todas ou por algumas dessas fases emocionais, em ordem e intensidade próprias.

Assim é que a equipe de reabilitação responsável pelo indivíduo amputado deve ter dele uma visão global, que Lianza (2001) ressalta como fundamental para a sua motivação e dedicação ao tratamento.

O psicólogo, um dos profissionais que atua em parceria com a equipe médica, desenvolve seu trabalho nos hospitais, em atividades individuais ou em conjunto, atendendo aos pacientes e aos familiares (Bruscato, 2004).

Dentre as práticas que utiliza, destaca-se a psicoterapia de grupo, caracterizada pela aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um número determinado de participantes. A interação entre pacientes e entre pacientes e terapeuta, com as oportunas intervenções desse profissional (bem treinado), visam a proporcionar mudanças no comportamento mal-adaptado de cada um dos integrantes (Vinogradov, Yalom, 1992). Três são as características específicas dessa técnica: o *setting*, os objetivos e o tempo de duração.

Para Zimerman (2004), o *setting* é o local onde acontecem as reuniões grupais, com os devidos esclarecimentos sobre a sua periodicidade, horários, planos de férias, etc. É um espaço que possibilita aos participantes a expressão de seus sentimentos em relação às experiências vividas, delimitando papéis e posições, e que proporciona uma temperança às ansiedades e às angústias expressas nos encontros.

Os objetivos podem abranger muitos aspectos, dependendo do que se quer alcançar no grupo, o mais importante é a manutenção do funcionamento psicossocial. Com relação ao tempo de duração, este pode depender da necessidade de existência ativa do grupo, sendo que o número de encontros deve estar associado ao *setting* e ao objetivo grupal (Vinogradov, Yalom, 1992).

Dyck (1996) aponta que um atendimento coletivo dentro de uma instituição apresenta uma relação custo-benefício melhor que um tratamento individual, pelo fato de abranger um maior número de pessoas.

No presente trabalho, os grupos são homogêneos, envolvendo pacientes portadores do mesmo diagnóstico – amputação por diabetes tipo II – e seus cuidadores. Os participantes se reuniram em dez encontros de cinquenta minutos cada, uma vez por semana. A finalidade clínica é comparar as modalidades de grupos psicoterapêuticos utilizados no processo de reabilitação desse tipo de paciente. Para isso, o terapeuta estimulou os indivíduos a exporem suas dificuldades emocionais relacionadas ao tratamento, à família e à sociedade. Por meio da exteriorização desses sentimentos, pode-se iniciar um processo de elaboração e conscientização dos limites e possibilidades de cada um diante da nova realidade. Segundo Mello Filho (2000), as discussões e troca de experiências nesse tipo de grupo, associadas às intervenções psicológicas, têm essa função.

Mediante essa prática, aborda-se a problemática desses pacientes e é feita uma análise da complexidade de sua condição de amputados. Esta não escolhe idade, sexo, classe social e tampouco nível cultural, e pode criar abismos sociais por preconceito e discriminação, o que, conseqüentemente, faculta a ocorrência de rupturas psicológicas. Segundo Ponchiroli (1990) “Essas dificuldades provêm, em grande parte, do preconceito existente socialmente e com o qual os próprios amputados anteriormente comungavam, de pena ou desvalorização pessoal.”

Existem muitas correntes psicológicas e opiniões divergentes sobre o tema. Pela ótica da psicanálise, entre os autores dedicados ao estudo, cita-se mais uma vez Cavalcanti (1994), que assim se coloca: “... a doença e a amputação de partes do corpo confrontam o homem com suas forças destrutivas, trazendo à tona idéias de morte, desintegração, impotência, culpa e punição.”

Espera-se que esta dissertação se torne um referencial útil ao surgimento e aprofundamento de estudos sobre a questão emocional vivenciada pelo paciente amputado por diabetes tipo II e seus cuidadores, que se deparam com a transformação, muitas das vezes repentina, de seus planos e projetos existenciais.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1 O diabetes mellitus tipo II

O conhecimento da existência do diabetes data da Antiguidade. Os egípcios (1500 a.C.) descreveram-no associado a um grande volume de urina. Celsus (30 a.C. a 50 d.C.) também reconheceu a doença, mas, somente após dois séculos, Aretaeus da Capadócia denominou-a diabetes e fez a sua primeira descrição clínica: *derretimento da carne e membros em urina*.

A palavra diabetes (derivada do grego *diabētēs*) significa “sifão” (de *diabaínein*, “transpor, atravessar”) e foi adotada pelos antigos gregos para designar os indivíduos que eliminavam grandes quantidades de urina, como se a água ingerida passasse por seus corpos sem se deter, sem que o corpo a absorvesse (Costa, Neto, 1992).

Do século III d.C. ao VI d.C., na China, Japão e Índia, passou-se a utilizar a expressão *diabetes mellitus* (mel) para apontar uma condição patológica descrita com poliúria e urina doce. Em 1776, o inglês Mathew Dobson demonstrou que o diabético secretava açúcar pela urina. No final do século XIX, o americano L. Kennelly Opie notou que as células beta das ilhotas pancreáticas estavam alteradas em seres humanos que haviam falecido com a doença. Costa, Neto (1992) informam que, em 1921, Frederick Banting e seu assistente, Charles Best, trabalhando em Toronto (CA), injetaram extrato ativo de pâncreas em um cão diabético e observaram a queda de glicose no seu sangue. Ainda nesse ano, R. Collins aplicou o mesmo extrato, pela primeira vez, em um menino diabético, conseguindo controlar sua glicemia. Assim foi identificada a insulina (do latim *insŭla* = ilha).

De acordo com Costa, Neto (1992) o *diabetes mellitus*, atinge a população de quase todos os países do mundo. Sua prevalência e incidência, no entanto, são variáveis. Nos Estados Unidos, por exemplo, atinge 5% da população com um aumento de 6% ao ano, isto é, a cada 15 anos a quantidade de diabéticos dobra. No Brasil, estima-se que 5,6% da população seja diabética, sendo que quase a metade desconhece ser portadora da doença. Das pessoas próximas aos 65 anos de idade, 17% são diabéticas; essa porcentagem se eleva a 26% naquelas que têm por volta de 85 anos. “Na população brasileira, a prevalência do *diabetes mellitus* é de 7,4%; entretanto, na população idosa, ou seja, na faixa etária entre

60 e 69 anos, é de 17,4%, cerca de 6,4 vezes mais do que a prevalência na população entre 30 e 39 anos.” (Nasri, 2000)

Várias são as causas que podem desencadear o diabetes, de um modo geral, as pessoas tardam a identificar os sintomas e só vêm a descobrir que estão diabéticas quando do surgimento de complicações, tais como infecções na pele e nas vias urinárias, ou até outras mais graves, como problemas visuais e arteriais (Zagury, 1993).

Krall (1983) relata as possíveis causas e fatores que colaboram para o surgimento da doença, enumerando as principais:

- 1- Hereditariedade: o diabetes tem sido diagnosticado em pessoas da mesma família e esse fator não pode ser ignorado. Apesar de amplamente estudado, o mecanismo genético exato ainda é desconhecido, ou seja, nenhuma teoria genética simples se compatibilizou com os dados;
- 2- Vírus: alguns estudos relatam que há uma maior incidência de diabéticos em pacientes que tiveram caxumba, pois o vírus afetaria algumas células beta, que, mortas, passariam a agir como antígenos. Para defender o organismo desses corpos estranhos, anticorpos seriam imediatamente produzidos, destruindo, assim, as células beta que restaram;
- 3- Obesidade: a relação entre diabetes e obesidade está na diminuição de atividade da insulina em função da excessiva demanda. Logo, pode-se dizer que o diabetes surge como uma complicação da obesidade. As células beta não conseguem produzir insulina suficiente que supra as necessidades da ingestão alimentar. Para a reversão desse quadro, é preciso uma dieta apropriada, que leve o paciente à eliminação de peso;
- 4- Idade: a maior incidência de diabetes tipo II ocorre em pessoas idosas e pode estar relacionada à diminuição das funções orgânicas;
- 5- Dieta: a alimentação está diretamente ligada ao surgimento da doença. Uma dieta com alto teor de proteína, rica em fibras e com baixo teor de carboidratos indicaria uma menor ocorrência; já as dietas ricas em açúcar refinado e carboidratos levariam a uma maior incidência do diabetes;
- 6- Hormônios: certos hormônios, como o glucagon e o cortisol, fazem com que a insulina seja menos efetiva, pois antagonizam seu efeito;

7- Estresse: a hereditariedade, aliada ao estresse, são fatores desencadeantes do diabetes. Essa afirmativa fica clara na seguinte expressão: “... a hereditariedade carrega o revólver e o estresse puxa o gatilho.” (Krall, 1983)

Segundo o mesmo autor, “... estamos ainda tocando o topo de um *iceberg* no que diz respeito aos nossos conhecimentos das causas exatas e do papel que outros fatores tenham na instalação do diabetes.” (Krall, 1983)

Para Lacerda (1988) o indivíduo diabético geralmente precisa ter uma predisposição genética que o leve a permanecer com a doença.

Cleator e Wilding (2003) ressaltam que tanto a obesidade quanto o sedentarismo são fatores de risco fortemente associados ao diabetes tipo II, principalmente quando o excesso de tecido adiposo é distribuído na região abdominal, como anunciado pela primeira vez há cinquenta anos por Vague (1956).

Rodrigues e Aguilla (2003) informam que o diabetes tipo II ocorre com maior frequência em pacientes com mais de 40 anos e obesos.

De acordo com Krall (1983), três são os fatores mais importantes para o controle da doença: a medicação oral ou a aplicação de insulina, a dieta alimentar e os exercícios físicos.

A principal mudança de hábito se refere à alimentação. É necessária uma dieta de controle metabólico, correspondente à ingestão total de calorias assim distribuídas: 15% a 20% de proteínas, 40% de gordura e 40% a 45% na forma de carboidratos Krall (1983).

Outros autores, assim como Krall (1983), enfatizam a relevância das atividades físicas no tratamento do diabetes.

Nasri (2000) observa que o exercício físico provoca uma melhora na tolerância à glicose e uma boa aderência à insulina. Ressalta também sua importância na saúde de maneira geral, esclarecendo que a prática ajuda a controlar os níveis de glicose no sangue e o peso corporal de pacientes diabéticos.

De acordo com Spichler e Splichler (1984), as doenças vasculares são responsáveis por 80% das amputações de membros inferiores e também pelo aumento de morbidade e mortalidade em pacientes diabéticos, acarretando um total de 50% a 70% das amputações.

Os autores esclarecem ainda que um paciente diabético controlado, cuja pele se encontra íntegra, caso adote como hábito algumas medidas simples e preventivas, pode estar seguro quanto a evitar complicações que levem à perda parcial ou total de um membro.

Diogo, Campedelli (1992), alertam para a importância de uma nutrição adequada em indivíduos submetidos à amputação de membro inferior, a fim de atender às exigências de energia requerida para a saúde, para a atividade física e para a boa cicatrização do coto.

Em pesquisa realizada para determinar a situação funcional de pacientes submetidos à amputação de membro inferior decorrente do diabetes, após período de pelo menos dois anos, Buzato et al (2001) concluíram que aqueles que evoluíram para uma amputação têm baixa sobrevida e, dentre os sobreviventes, poucos têm condições clínicas para retornar a uma situação de independência.

Para que o diabético desfrute de uma “vida normal”, um desafio foi lançado aos profissionais de saúde: encontrar técnicas adequadas que o ajudem a aderir ao tratamento. “A educação não é uma adição ao tratamento. Sem ela, o paciente é incapaz de lidar com o tratamento e suas ferramentas, que são a última salvação.” (Krall, 1983)

Cummings (1992) discute a relação entre um sistema de suporte ao paciente diabético e a melhoria da sua aderência ao tratamento. Afirma que pesquisas têm demonstrado que aquele que recebe tratamento psicológico faz melhor uso dos serviços médicos.

A assistência à saúde tem sido enfocada, cada vez mais, como multiprofissional. Scarinci et al (1988) destacam que, no caso específico do *diabetes mellitus*, a abordagem psicológica se faz necessária, porque a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para o favorecimento dos cuidados com a doença, resultando em melhor qualidade de vida.

O portador de diabetes precisa compreender que o bom controle sobre a doença impede o aparecimento de complicações agudas ou crônicas. Ele só se submeterá a um tratamento se entender perfeitamente o quanto é relevante para a sua vida (Zagury, 1993).

Hill-Briggs (2003) e Anderson et al (2000) explicam que, apesar de todas as doenças crônicas exigirem certo grau de autocuidado para o bem-estar do paciente, no caso do diabético, é preciso que ele seja capaz de tomar decisões e de ser responsável pela autogestão do seu tratamento no dia-a-dia.

Após ilustradas as principais causas do diabetes tipo II, os aspectos desencadeadores da amputação, as mudanças necessárias nos hábitos para controle do diabetes e a importância do aspecto educativo para a adesão ao tratamento, cita-se Merleau-Ponty (1999), filósofo da existência e fenomenólogo da percepção e do corpo. Esse autor busca impedir o desenvolvimento de um pensamento cristalizado, e, por

consequente, remeter a uma reflexão sobre o homem e suas certezas arraigadas. “... não tenho um corpo, mas sou um corpo, que percebe e simultaneamente é percebido, devendo, portanto, deixar de ser compreendido apenas como objeto. É a partir do ‘corpo próprio’ ou do ‘corpo vivido’ que posso estar no mundo em relação com os outros e com as coisas, pois o corpo, através do sensível, exerce a comunicação vital com o mundo, que faz com que ele se torne presente como local familiar de nossa vida.” (Merleau-Ponty, 1999)

O filósofo leva ainda a pensar que o corpo não é apenas um espaço expressivo entre todos os outros e, sim, o próprio movimento da expressão, aquilo que projeta as significações no exterior, dando-lhes um lugar, sob as mãos, sob os olhos.

Com Merleau-Ponty (1999), é possível concluir que o corpo vivido se revela por meio da experiência do vivido. Ele é o unificador e o unificado, é a síntese do que o indivíduo vive e não somente a representação do pensamento.

1.1.2 Os cuidadores

O paciente tem uma maneira de se comportar e de se relacionar, com papéis determinados, crenças e expectativas particulares, que são valores assumidos ou impostos, permeados por uma rede familiar. Neder (1992) ressalta ainda que é importante perceber como a família funciona, observando se colabora ou atrapalha no tratamento do paciente.

Nessa relação, a autora enfatiza que paciente e família funcionam como um sistema que se influencia mutuamente; assim, se um membro da família está doente, ela também está.

Para Washington (2002), perceber a organização desse contexto de relações contribui para que os profissionais de reabilitação possam entender melhor como o paciente se comporta. É necessário que tanto o paciente diabético quanto sua família saibam da importância dos cuidados da equipe multiprofissional. Segundo Campos (1995), quando o paciente é acolhido pela equipe de saúde, pode lidar melhor com a situação da doença.

Burisch, Bradley (1983) acreditam que, para o sucesso da educação dos pacientes com diabetes, é imprescindível considerar os aspectos motivacionais para o autocuidado, a participação da família e o estabelecimento de vínculos efetivos com a equipe multiprofissional.

Os familiares devem estar envolvidos no processo educativo, juntamente com o paciente diabético, pois isso facilita a continuidade do tratamento. O apoio emocional é imprescindível nas fases em que o paciente demonstra não estar se adaptando às alterações inerentes à doença. Nesse sentido, esforços têm sido feitos para efetivar a participação da família nos atendimentos e orientações ao enfermo (Burisch, Bradley, 1983).

O controle da enfermidade depende da forma como os portadores lidam com a condição de doentes, em função de seu aprendizado e de experiências anteriores dentro de seu contexto cultural. “Oferecer apoio emocional e boa assistência, juntamente com a atividade de estimular a cooperação e a co-responsabilidade do paciente e de sua família é fundamental.” (Mello Filho, Burd, 2004)

A doença ou a privação da saúde constituem fatores negativos na vida de qualquer ser humano. Para Simon (1989), a perda súbita de um órgão ou de uma função biológica, por doença ou acidente, pode ser um fator desfavorável para a manutenção da eficácia adaptativa.

Após o desencadeamento do diabetes, a vida do paciente passa por algumas transformações. A possibilidade de amputação surge após uma longa trajetória de tratamentos dolorosos, atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, permeada por períodos de esperança e frustrações, que se repetem mediante o avanço da patologia e a debilidade crônica das condições clínicas. Após vivenciar a ineficácia das medidas terapêuticas, surge um sentimento de desamparo que leva a admitir a possível perda do membro como solução radical (Cavalcanti, 1994).

O paciente com diabetes que sofre uma cirurgia para a amputação de membro pode gerar uma desestrutura no ambiente familiar. Segundo Carter, McGoldrick (1995), essa situação exerce um papel centrípeto ou centrífugo.

Os autores descrevem esses modos de funcionamento que oscilam entre períodos de aproximação (centrípeto) e de afastamento familiar (centrífugo). Essas duas forças variam em diferentes momentos, exercendo sua influência no ciclo de vida familiar. Mas a doença tende, geralmente, a desenvolver nos familiares a força centrípeta, que cresce à medida que as possibilidades de incapacidade ou morte aumentam. “De uma maneira análoga, a ocorrência da doença crônica na família se assemelha à adição de um novo membro, que aciona na família o processo centrípeto de socialização com a enfermidade.” (Carter, McGoldrick, 1995)

O zelo domiciliar baseia-se na interação entre o cuidador, que pode ser um membro da família ou um amigo, e o paciente. Enquanto a função do primeiro é ativa, pois desenvolve ações e comportamentos com o intuito de servir, a atuação do segundo é passiva, decorrente de sua condição. No entanto, Waldow (1998) afirma que o doente pode desempenhar um papel mais atuante, ao tornar-se também responsável pelo próprio cuidado, contribuindo, assim, com o cuidador. “Em face da doença crônica, um objetivo essencial é a família lidar com as demandas desenvolvimentais da doença sem que seus membros sacrifiquem seu próprio desenvolvimento ou o desenvolvimento da família como um sistema.” (Carter, McGoldrick, 1995)

De acordo com Cavalcanti (1994), após a amputação, os pacientes se mostram desanimados e muitos não se queixam porque acreditam que nenhuma ajuda é possível. Esse comportamento apático leva a dificuldades diagnósticas, pois a equipe médica pode considerá-los “bem adaptados”.

No caso de pessoas idosas submetidos à amputação, há uma série de alterações de natureza social, física e emocional. Conforme Diogo (1997), a relação afetiva presente nos

laços familiares desencadeia a responsabilidade para o cuidado com o amputado, sendo que a escassez de recursos financeiros impede, em muitos casos, que se contrate pessoas do sistema formal de apoio.

Diogo (1997) também afirma que esse tipo de paciente requer diferentes formas de assistência e, na maioria das vezes, carece de outras pessoas para o atendimento de suas necessidades. Geralmente, um único indivíduo da família assume o papel de cuidador primário, com responsabilidade total. O cuidador secundário é aquele que tem responsabilidade parcial. Ao cuidador primário cabem as tarefas mais árduas. A assistência nas atividades da vida diária e à saúde, o sustento financeiro e o suporte emocional são algumas de suas incumbências. O secundário, por sua vez, presta assistência relacionada ao transporte do idoso, às atividades de ordem burocrática e auxilia o cuidador primário.

Neder (1992) expõe que, conhecendo a dinâmica das relações familiares, o profissional da saúde pode provocar mudanças que levem a um processo de interação e comunicação entre os envolvidos. Os trabalhos realizados com pacientes portadores de doenças crônicas e seus cuidadores no âmbito da psicologia são ainda escassos. Koblezer (2005) discute a adaptação do paciente com doenças dermatológicas, sua família e a sociedade. Fried (2002) também relata experiências no aspecto dermatológico e Rodrigues et al (1995) exploraram o papel dos cuidadores e da família em pacientes terminais. Com relação a doenças psiquiátricas alguns também são realizados aqui no Brasil como, por exemplo, Scazufca (2000) e Scazufca (2002).

Com relação ao diabetes foram encontrados sete artigos que abordam o tema dos cuidadores, três são relativos a equipe de enfermagem no papel de cuidadora e nos outros se enfatiza a importância da relação familiar, mas não o cuidador especificamente. Para Simon (1994) o psicólogo deve atuar como um elemento de ligação entre o paciente e a família, tendo em vista que é imprescindível englobar a família no tratamento, pois só assim poderá receber o devido suporte dos profissionais da equipe e colaborar para que o paciente encontre alívio nessa nova situação.

1.1.3 O paciente e a família no contexto hospitalar

A assistência à saúde no âmbito hospitalar caracteriza-se, cada vez mais, pela atividade de diversos profissionais. O paciente submetido à internação sofre uma ruptura em seu modo de vida habitual. Por esse motivo, além de médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas, cuja atenção está focada nos aspectos biológicos, é essencial a participação de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais no tratamento (Davies, 1989).

A equipe multidisciplinar tem um papel fundamental no atendimento ao indivíduo diabético e a psicologia traz importantes contribuições, tanto para a equipe quanto para o paciente. O papel das emoções deve ser conhecido pelo psicólogo que, segundo Davies (1989), atua como agente facilitador.

Ante a crise do diagnóstico, do tratamento e da hospitalização, o paciente se vê obrigado a mudar sua trajetória de vida. De acordo com Campos (2003), ele passa a questionar o próprio processo do adoecer, sua forma anterior de se enxergar e de ver o mundo. Por esse motivo, é aconselhável que a equipe médica saiba os limites e as possibilidades da qualidade de vida que o paciente pode atingir. “Com a doença, quebram-se a dinâmica e as relações existentes entre o indivíduo consigo mesmo e com o mundo e inclusive com a equipe de tratamento” (Campos, 2003).

Ainda segundo esse autor, a internação intensifica a condição de dependência, que pode ser sentida como uma agressão e resultar na sensação de perda da autonomia e da capacidade de decisão.

No ambiente hospitalar, não é só o corpo que deve ser tratado. De acordo com Campos (2003), a pessoa busca atendimento por inteiro, juntamente com a família, que também participa da doença, das internações e do seu restabelecimento. A equipe responsável se envolve e a interação profissional/paciente tem por objetivo captar suas dificuldades e atuar na reabilitação.

Muitas enfermidades não têm perspectiva de recuperação e resta ao indivíduo o esforço de adaptação e convivência com a doença. Isso implica em uma reestruturação de vida para que ele possa, apesar das limitações impostas pela enfermidade e as perdas dela decorrentes, conseguir viver com qualidade (Campos, 2003).

Nesse processo, é importante a atuação conjunta de diversos profissionais da saúde, para que o paciente alcance um estado de bem-estar. Durante o atendimento, na maioria

das vezes, o enfermo apresenta angústias, inseguranças e questões pessoais e, por esse motivo, a integração entre os vários profissionais torna-se necessária, principalmente com o psicólogo (Fernandes, Felício, 2004).

A família deve ser focalizada pela equipe médica, pois a vida no hospital resulta da relação entre os profissionais da equipe de saúde e administração e os pacientes e seus familiares. “O doente e sua família guardam estreita relação na maneira de ser e de se comportar. Doente um de seus membros, doente também está a família. A família do paciente hospitalizado tende a funcionar como um sistema total, pelas interinfluências mútuas” (Campos, 2003).

Para que os parentes próximos sejam ouvidos, esclarecidos e orientados, é fundamental que a equipe compreenda os limites e as possibilidades de atuação do paciente. É necessário que se estabeleçam metas possíveis de serem atingidas e que se abram espaços para a discussão e a participação efetiva com o paciente, de uma forma criativa e flexível, de modo a diminuir a tensão existente nessa tripla relação (Bordin, Corrêa, 1990).

1.1.4 Aspectos emocionais de pacientes e cuidadores

O maior obstáculo com o qual se depara a equipe de saúde ao tentar ajudar o paciente é ele próprio. Muitos não estão acostumados a cuidados excessivos e, quando recebem assistência de um grupo de cuidadores, tendem a ficar surpresos com a nova situação. De acordo com Copossela, Warnock (1998), os enfermos temem perder o controle de sua própria vida, sendo essa outra razão que os leva a rejeitar ajuda.

A idéia de dependência é temerosa. O fato de se tornar incapaz de alguma função em determinada etapa da existência física faz surgir um sentimento de impotência, agravado pela negação da doença. Joseph (1991) salienta que é muito difícil construir com o paciente uma compreensão emocional verdadeira da enfermidade, o que acaba resultando na negação dos seus sintomas e na abdicação ao tratamento.

Meltzer (1991) também aponta o terror que emerge dos pacientes, fazendo com que tenham uma resistência paralisadora em relação às terapêuticas. Para ele, terror é “... uma ansiedade paranóide, cuja qualidade essencial, a paralisa, não deixa nenhum caminho para a ação. Do objeto terror – que na fantasia inconsciente são objetos mortos – não se pode nem mesmo fugir com sucesso.”

Conhecer o relacionamento entre os familiares e o doente permite ao médico decidir quando deve interferir nesse núcleo para melhor conduzir o paciente. Com relação ao idoso diabético, Mello Filho, Burd (2004) apontam para as diferentes reações entre os membros da família diante desse paciente e seus problemas. A idéia de que o idoso está mais próximo da morte faz com que qualquer mudança na sua rotina seja sinal de que o momento chegou.

Os familiares passam a manter uma relação com a doença e não mais com o doente. Consultas médicas, sessões de fisioterapia, tratamentos e conversas que giram em torno de remédios são os únicos assuntos inerentes ao idoso. Não se cogita tratar-se de uma pessoa com sentimentos e necessidades que não os decorrentes somente da doença (Mello Filho, Burd, 2004).

Os autores ressaltam que, mesmo nas famílias com recursos para atender às necessidades básicas dos idosos, como cuidados médicos, atenção e companhia, a situação é difícil, principalmente para quem assume essas obrigações e responsabilidades. A convivência e o zelo com os idosos não é tarefa fácil e acarreta transtornos familiares, pessoais e financeiros. “É preciso que a família se coloque no lugar daquele que necessita

de cuidados, pois as incapacidades, as limitações e as deficiências estarão certamente presentes no futuro de cada um de nós.” (Mello Filho, Burd, 2004).

Com relação às causas da doença, quase sempre os familiares têm argumentos para justificar seu início: um desentendimento grave na família que resultou em distanciamento de um de seus membros, uma experiência de solidão, perdas significativas ou mudanças profundas, entre outras (Mello Filho, Burd, 2004).

Mais um exemplo nesse sentido, observado por Rigone* diz respeito a quando um dos cônjuges adquire uma deficiência. De modo geral, o casamento fracassa quando já existiam problemas no relacionamento, enquanto que outros se fortalecem quando os laços entre os parceiros já era forte (citado por Vash, 1973).

Em seus estudos, o autor constata que o casal reage diante do problema de duas maneiras: com autenticidade ou superficialmente, isto é, ou encara a doença de forma realista ou acoberta a verdade. Os companheiros podem amadurecer diante da crise; o paciente vem a assumir papéis que não desempenhava antes e a esposa (ou marido), que diante das circunstâncias ficou no lugar de cuidadora (ou cuidador), pode desenvolver recursos suficientes para se adaptar à nova situação. O importante, ressalta Vash (1973), é a natureza do amor expressado, e que deve ser permeado pela compreensão e pela reconstrução.

Analisando todos esses casos, constata-se que sempre existe um membro da família ou alguém próximo que acompanha e se torna responsável pelo paciente. Cada um deles, segundo Vash (1973), acaba cumprindo um papel de apoio, ou como organizador ou como cuidador, por exemplo.

Concordando com esse autor, Amaral (1995) ressalta que, diante do impacto de uma deficiência física, a família encontra em cada um de seus membros suas particularidades (papéis) e apropria-se deles para enfrentar o problema.

Assim, independente da faixa etária do enfermo e do tipo de doença, é fundamental que a equipe de cuidadores (os familiares) saiba como intervir em seu tratamento e deixe claro que está ali para ajudar, inclusive em parceria com os funcionários do hospital (Amaral, 1995).

Ainda no que concerne aos papéis assumidos pelos familiares, muito se sabe sobre as repercussões emocionais e intelectuais diante da doença, mas pouco se conhece da especificidade dos fatores que influenciam essas divisões (Vash, 1973).

*Vash CL. Enfrentando a deficiência. A manifestação. A psicologia. A reabilitação. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1973.

O diagnóstico do diabetes tipo I pode causar um impacto diferente do que o do diabetes tipo II no paciente e em seus familiares. Para um diabético tipo I, é essencial uma adaptação progressiva ao longo da vida. Nesse caso, pelo fato de a doença ser identificada antes da fase adulta, a adoção de um estilo de vida saudável não depende apenas do paciente, mas também da participação dos pais e da organização da vida familiar. Uma criança diabética está impedida de fazer algumas coisas permitidas a crianças saudáveis da sua mesma faixa etária. Para o diabético tipo II, é necessário uma mudança radical em hábitos já enraizados e não apenas uma adaptação progressiva (Nasri, 2000).

1.1.5 A reabilitação

A visão contemporânea de reabilitação fundamenta-se em quatro conceitos básicos: a) na intervenção centrada no paciente; b) na ênfase no processo (interação, negociação, comunicação, educação e troca de informações); c) na atuação fundamentada em um modelo que integra aspectos de autocuidado, produtividade, recreação e socialização, resultantes dos componentes físico, sociocultural, mental/emocional e filosófico/espiritual; e d) na responsabilização do cliente na resolução de problemas, estabelecimento de planos, incluindo até a orientação do meio social na execução dos cuidados (Hammell, 1995).

Existem alguns modelos de equipes de reabilitação, mas dois são mais usualmente encontrados: o multidisciplinar e o interdisciplinar. O primeiro diz respeito à pluralidade do quadro de funcionários, destacando-se a comunicação vertical entre o supervisor e os subordinados; e o segundo se reporta à interação entre os profissionais, o que facilita a comunicação lateral. O ideal é a união dos dois modelos. “A essa equipe não basta a sua característica de multidisciplinaridade, é necessário treinamento constante para ser capaz de atuar de modo interdisciplinar.” (Lianza, 2001)

Ao sustentar a importância da interdisciplinaridade nas equipes de reabilitação, Lianza (2001) coloca o médico como o responsável pela captação do problema do paciente, alicerçado pela ajuda, no tratamento, das outras especialidades.

A comunicação, que se caracteriza pela troca de informações entre os membros de um grupo, é eficaz quando seus integrantes conseguem lidar com as diferenças individuais, reformular valores, adquirir postura e percepção diante das situações, encarar os desafios e arriscar novas idéias (DeLisa et al 2002).

O tamanho do grupo e a inserção de profissionais de diferentes especialidades variam de acordo com a necessidade de cada equipe de reabilitação. Porém, segundo Lianza (2001), alguns são indispensáveis para que a unidade de saúde seja considerada um setor de reabilitação, tais como: o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o técnico de órteses e próteses, o psicólogo e o enfermeiro. Muñoz et al (1995) salientam a necessidade de atuação dessa equipe multidisciplinar para gerar conhecimentos e estratégias inovadores de atuação com o paciente.

Os amputados por causa do diabetes se defrontam com mudanças corporais, sociais e familiares que, se não forem aceitas, podem levá-lo a uma desorganização diante da nova realidade, ou melhor, diante do processo de reabilitação. É por isso que o foco do preparo

da equipe de especialistas nos centros de reabilitação deve estar voltado para o acolhimento do paciente e de sua família (Carter, McGoldrick, 1995).

A reabilitação deve acontecer de forma simultânea, tanto física (com os recursos disponíveis, por exemplo, uma prótese) como psicológica, proporcionando-lhe uma nova integração na sociedade, por meio da qual encontrará motivações outras para elaborar projetos de vida e efetivar conquistas. Lianza (2001) ressalta que é fundamental essa visão global do paciente para obter o seu comprometimento e sua dedicação ao tratamento.

Portanto, o indivíduo se adaptará quando encontrar um equilíbrio em todos esses aspectos, o que não é tarefa fácil para quem sofreu uma amputação, mas necessária, pois “a escolha de uma filosofia de vida, de uma crença dá maior unidade e significação ao homem e cria condições de estabilidade emocional.” (Novaes, 1975)

Outra questão importante presente no processo de adaptação é a da imagem física, que sofreu uma alteração de seu esquema corporal, que se desestruturou dinamicamente e desintegrou-se dimensionalmente (Novaes, 1975).

O esquema corporal é formado pelo sistema nervoso e associado pelos domínios funcionais interoceptivo, propioceptivo e o exteroceptivo. A primeira função está ligada à sensibilidade funcional; a segunda, ao sistema muscular e às articulações; e a terceira, ao funcionamento dos órgãos sensoriais, além de toda a estimulação externa. Em cada ser humano, todo esse desenvolvimento acontece em etapas individuais e a imagem corporal modifica-se de acordo com as novas experiências (Novaes, 1975).

Kolck (1987) igualmente explica a elaboração da imagem corporal, aliando o processo dos mecanismos de personalidade às experiências vividas. Para ele, a formação dessa imagem, não sendo apenas consciente é construída a partir da referência do corpo de outras pessoas e a imagem dos outros não está ligada somente à sua aparência física, mas também à qualidade do nosso relacionamento com eles.

Portanto, a formação da imagem corporal é algo gradativo, que engloba inúmeros processos funcionais e exteriores. Logo, uma alteração brusca nesse desenrolar afetará não só a imagem como todo um esquema corporal. Esse momento é muito delicado e sugere que os profissionais envolvidos na reabilitação devem ter como objetivo “o cuidado [...] na reconstrução positiva dessa imagem que irá repercutir no próprio autoconceito.” (Novaes, 1975)

Nesse processo de adaptação, o papel de cuidador não se restringe apenas aos profissionais de saúde, mas também aos amigos e parentes do paciente. Realizar um

trabalho conjunto é a melhor forma de dividir equilibradamente as atribuições, para que ninguém se sobrecarregue e seja obrigado a mudar totalmente o seu dia-a-dia para viver a rotina de um hospital (Novaes, 1975).

Ciente da importância do apoio social na melhora da qualidade de vida do paciente, é imprescindível que a equipe multidisciplinar oriente os que estão envolvidos diretamente com os cuidados a ele dispensados. Göz et al (2005) sugerem que se faça um levantamento do índice de apoio social ao paciente, com o intuito de desenvolver, de maneira individualizada, um plano de metas e estratégias para o seu processo de reabilitação.

Promover a humanização hospitalar é a principal forma de afastar seu caráter meramente curativo e transformá-lo em uma instituição que cuida tanto da reabilitação física quanto do restabelecimento da dignidade humana. Um trabalho que envolva toda a equipe de saúde é a única forma de alcançar esse objetivo (Göz et al, 2005).

Por isso, do êxito no tratamento reabilitacional consta também o apoio da equipe à família e/ou ao cuidador. Em algumas instituições, geralmente essas pessoas passam por avaliações psicossociais. “A avaliação do cuidador e/ou da família é um importante instrumento, pois a dinâmica familiar é alterada quando um de seus membros adquire incapacidades que o impedem de exercer seu papel social, necessitando de auxílio diário.” (Lianza, 2001)

O paciente, assim como qualquer indivíduo, apresenta uma estrutura emocional determinada por inúmeros aspectos que constituem sua personalidade. No entanto, Schneider* observou que, nos doentes crônicos, “... ocorre o desencadeamento da ‘tríade psicodinâmica’, que compreende tendências à dependência, à regressão e à passividade [...] a sensibilidade a frustrações e, devido a esta sensibilidade, essas personalidades são mais vulneráveis a qualquer afecção que lhes atinja o corpo e a estima.” (citado por Scarinci et al, 1988)

Assim como o paciente, a família também sofre uma desestruturação na sua dinâmica, o que desencadeia comportamentos e sentimentos de superproteção e, às vezes, de abandono (Lianza, 2001).

*Scarinci IC, Almeida HGG, Haddad MCL, Tokushima EH, Ferreira CMA. Atuação da psicologia no atendimento interdisciplinar ao diabético. Semina. 1988; 9(3):151-6.

1.1.6 Psicoterapia de grupo

A psicoterapia de grupo é caracterizada pela aplicação de técnicas terapêuticas a um grupo de pacientes. As interações entre os pacientes e o paciente e terapeuta ocorrem em um *setting* de grupo com uma duração que varia de acordo com os objetivos traçados e visa realizar mudanças no comportamento mal-adaptado de cada participante, ou seja, o próprio grupo e as intervenções realizadas por um terapeuta treinado, servem como ferramenta para a mudança (Vinogradov, Yalom, 1992).

Esses autores ainda expõem que existe uma abrangência da psicoterapia de grupo e há inúmeros exemplos de grupos realizados que utilizam esta técnica para pacientes internados e para pacientes ambulatoriais como o grupo mensal de livre participação para ajuste de medicação, grupo semanal para transtornos alimentares, grupo de apoio para pacientes diabéticos, grupo semanal para pessoas enlutadas, etc. “Atualmente, a terapia de grupo ainda mantém esta vantajosa característica de criação e inovação.” (Vinogradov, Yalom, 1992)

As particularidades que diferenciam a psicoterapia de grupo para grupos de auto ajuda, grupos de apoio, grupos educacionais e grupos operativos é o instrumento terapêutico do *setting* grupal. Verifica-se essas diferenças nos relacionamentos interpessoais que promovem o desenvolvimento psicológico. Essas relações proporcionadas pela psicoterapia de grupo auxiliam o aprendizado dos participantes a lidar com os sentimentos despertados pelo convívio grupal (antipatias, simpatias, similaridades, diferenças, inveja, agressão, medo, atração, competitividade entre outros). A coesão proporcionada neste espaço é também ressaltada pelos autores Vinogradov e Yalom (1992).

Os primeiros grupos terapêuticos de que se têm notícia foram organizados por Pratt*, (citado por Cordioli, 1998). Vinte a trinta pacientes, portadores de tuberculose, eram reunidos para as terapias de grupo. Nascido no Hospital Geral de Massachusetts (EUA), a dinâmica desse grupo consistia em esclarecer as características da doença e o melhor modo de cuidar dela. Nesse contexto, cada um dos participantes contava aos demais os benefícios que esses esclarecimentos haviam lhe proporcionado (Muñoz et al, 1995). Mas somente durante a Segunda Guerra Mundial e no pós-guerra essa terapêutica teve grande desenvolvimento.

* Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Desde então, alguns autores trouxeram contribuições conceituais importantes. Freud ressaltou o coletivo como agente para o indivíduo pensar, sentir e agir, Pratt utilizou técnicas sugestivas (temas) para as discussões (enfermidade, dieta, etc.) e Bion descreveu a atividade mental inconsciente da dinâmica grupal (Mello Filho, 2000). Lenz (1998) destaca outros autores como Foukes, Levin, Slawson e Moreno, nas abordagens psicanalíticas, psicodramáticas e sociológicas.

Um dos principais objetivos da psicoterapia de grupo é levar o paciente a se conhecer para promover a cura de certos sintomas. A psicoterapia individual consiste na interação entre o profissional e o paciente; já a psicoterapia em grupo, além de realizar a relação terapeuta-paciente, também prevê a participação dos outros membros, de modo que todos se ajudem. A cura requer não só a intervenção terapêutica, mas também a troca de experiências entre os integrantes (Mello Filho, 2000).

Muñoz et al (1995) destacam aspectos importantes da psicoterapia em grupo: ela amplia o campo de interação, permitindo a difusão entre os conceitos psicológicos, psicodinâmicos, psicanalíticos e as diferentes áreas médicas, o que resulta em uma visão total do paciente e uma melhor compreensão das vertentes biológicas e psicodinâmicas na área clínica.

Cordioli (1998) afirma que a percepção de outras pessoas com os mesmos problemas e que já se sentem melhores, faz com que os pacientes cultivem a esperança de ultrapassar suas dificuldades. Para o autor, a universalidade do problema permite uma visão mais realista do mesmo e promove o altruísmo, que consiste na possibilidade de ser útil aos outros. Além disso, o tratamento de questões existenciais, como doença, morte, luto e isolamento, ajuda a lidar com elas. Por fim, pertencer a um grupo, ter afinidade com todos os membros e praticar tarefas pelos demais aumenta a auto-estima e favorece a aprendizagem das pessoas envolvidas.

Atualmente, a psicoterapia de grupo no contexto hospitalar tem sido utilizada por muitos profissionais da área com o intuito de prestar atendimento psicológico. Por meio dela, os pacientes trocam experiências entre si e, além de conhecerem melhor sua doença, percebem também que não são os únicos que a enfrentam (Mello Filho, 2000).

A terapia de grupo tende a minimizar os danos causados pela enfermidade. “Sendo o homem um ser de relação, possui em sua natureza o movimento espontâneo de juntar-se a outros de sua espécie, de modo tal que sua sobrevivência só é possível graças às interações que estabelece ao longo de sua vida com outros seres humanos.” (Cardoso, 1999)

É comum verificar que entre os profissionais de saúde predomina a idéia de que mente e corpo, sentimento e comportamento são aspectos indistintos no ser humano. No entanto, diversos estudos científicos comprovam que fatores biológicos, sociais e psicológicos têm diferentes formas de interagir em qualquer enfermidade.

Mello Filho (2000), ao estudar as relações objetais, percebeu que os fenômenos psíquicos permeiam todas as relações do indivíduo no decorrer da vida, enquanto interage, constrói e cresce. Esse desenvolvimento biopsicossocial específico de cada ser humano influencia as relações estabelecidas no grupo psicoterapêutico, sendo que o psicólogo deve estar atento à maneira como repercute no conjunto.

Mello Filho (2000) ressalta que o trabalho de grupo no hospital, dentro dos ambulatórios, é geralmente delimitado pela homogeneidade do diagnóstico, o que permite oferecer aos integrantes possibilidades terapêuticas e preventivas eficazes. Esse fator comum entre eles faz com que se identifiquem nos aspectos físico e emocional e criem vínculos pela vivência de situações semelhantes.

Luchina (1982) relata que o vínculo é formado a partir da exposição de cada indivíduo no grupo. Cabe ao líder da terapia depurar os diversos aspectos psicodinâmicos, ajudando a todos e, posteriormente, assinalando ao médico, se preciso, aspectos essenciais que colaborarão no seu relacionamento com o paciente.

Scherb (1998) e Goffmann (1980) compartilham a idéia de que a identificação entre os pacientes que, no caso da amputação, possuem uma deficiência física, é consequência dos valores socialmente atribuídos à palavra deficiência e do leque de concepções referentes a ela. Isso faz com que preconceitos e estereótipos sejam renovados a cada novo contato do amputado com a sociedade.

Scherb (1998) ainda acrescenta que a psicoterapia de grupo possibilita uma identificação coletiva entre os participantes, o complexo fraterno devido às raízes primitivas de irmãos e o aparecimento de fantasias, compartilhadas entre todos.

Outro aspecto importante, segundo Bale* é a análise das interações grupais, por meio da observação das reações positivas e negativas, das respostas e perguntas feitas pelos integrantes. A partir disso, é possível administrar o desenvolvimento e a manutenção da integração grupal, buscando um equilíbrio entre as exigências da tarefa e as necessidades interpessoais. Assim, o coletivo pode amadurecer e trazer à tona as questões

* Minicucci A. Dinâmica de grupo: teorias e sistemas. São Paulo: Atlas S.A.; 1997.

mais conflitivas para serem trabalhadas, ciente de que o contexto fornece o devido acolhimento para que todos se exponham (citado por Minicucci, 1997).

Para Mello Filho (2000), esse espaço, disponibilizado aos participantes, lhes proporciona a troca de experiências, que repercute em um efeito terapêutico sobre cada um.

Outro ponto relevante, a ser considerado com Salomão (1972), é que o grupo psicoterapêutico possui sua estrutura no espaço-tempo e é mediado por processos de ação e interação, com um conteúdo próprio como forma organizadora e centralizadora.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Comparar duas modalidades de grupos psicoterapêuticos utilizados no processo de reabilitação do paciente amputado por complicações do diabetes tipo II. Grupo em que pacientes e cuidadores são atendidos juntos ou aquele em que se encontraram separadamente.

3 MÉTODO

3.1 Sujeitos

Durante um ano de trabalho de campo, foram selecionados 14 sujeitos para participar desta pesquisa: sete pacientes idosos que sofreram amputação por consequência do diabetes tipo II e sete cuidadores.

O critério de inclusão abrangeu pacientes com um ou os dois membros inferiores amputados (perna ou pé), com diagnóstico de diabetes tipo II, que estavam em tratamento reabilitacional e acompanhados de seus respectivos cuidadores (responsáveis pela assistência diária) ao Centro de Reabilitação da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SP).

Como critério de exclusão, estabeleceu-se a não-participação de pacientes com sintomas de demência e/ou de depressão grave (BDI=30-63) e os cuidadores com depressão grave.

3.2 Instrumentos

Foram utilizadas como instrumento as entrevistas semidirigidas que aconteceram antes e depois das dez sessões grupais. Estas, no primeiro grupo, tiveram a participação dos pacientes (Anexos B e C) e seus cuidadores (Anexos D e E); no segundo grupo, apenas dos pacientes (Anexos F e G); e, no terceiro grupo, somente dos cuidadores (Anexos H e I).

Antes do tratamento, as questões dirigidas aos pacientes do primeiro grupo investigaram como eles lidavam com o diabetes tipo II e a amputação; quais suas expectativas diante do grupo psicoterapêutico; qual sua opinião sobre a presença do cuidador no grupo; quais suas impressões sobre o relacionamento entre eles; e qual o significado da prótese em relação à sua saúde mental.

Quanto aos cuidadores, as questões tinham por objetivo averiguar qual o impacto da doença e da amputação no seu cotidiano; como ajudavam, como se relacionavam e quais as dificuldades encontradas na relação com os pacientes; quais as expectativas quanto ao tratamento psicológico de grupo e a respeito da prótese; e qual a visão da sua saúde mental e a do paciente.

Além disso, foram aplicados os seguintes inventários:

- Miniexame do Estado Mental - MMSE (Folstein et al., 1975/ traduzido e validado por Betolucci et al., 1994), incluso no trabalho como Anexo J – para avaliar a demência; e
- Inventário de Depressão de Beck - BDI (Beck et al., 1961/ traduzido e validado por Gorenstein, Andrade e Zuardi 1996), incluso no trabalho como Anexo L – para avaliar a depressão.

Após as dez sessões, as entrevistas com os pacientes e cuidadores investigaram a percepção de ambos nas mudanças destes aspectos: tratamento psicoterapêutico grupal, tratamento reabilitacional, mudanças no relacionamento entre ambos, dificuldades do dia-a-dia, expectativas quanto à prótese e à avaliação da saúde mental. No segundo e terceiro grupos, acrescentou-se a abordagem sobre a separação, nos encontros, de pacientes e cuidadores.

3.3 Local do Estudo

As reuniões com os grupos psicoterapêuticos foram realizadas em uma sala do Centro de Reabilitação, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A medicina de reabilitação na Santa Casa já é praticada desde 1931. O serviço, organizado com critério interdisciplinar, segue os moldes dos grandes centros internacionais.

O ensino é dirigido praticado tanto na formação quanto para o aprimoramento profissional. No momento, existem três programas regulamentados e ativos nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, com 180 especializando aprendendo e prestando atendimento aos pacientes (<http://www.santacasasp.org.br>).

O Serviço de Reabilitação tem como objetivos:

- Desenvolvimento da fase hospitalar da Reabilitação;
- Atendimento reabilitacional da deficiência física de causa neuromusculoesquelética;
- Formação e aprimoramento de médicos e outros profissionais de Saúde no campo da Reabilitação; (<http://www.santacasasp.org.br>).

A equipe de Reabilitação da Santa Casa de São Paulo (SP) é formada por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos.

3.4 Procedimento

Os grupos formados se reuniram uma vez por semana, em dez encontros, com duração de 50 minutos cada.

Os pacientes e seus cuidadores foram selecionados durante as sessões de fisioterapia que se realizavam no Centro de Reabilitação da Santa Casa. Nesse espaço, o fisioterapeuta responsável ajudava a pesquisadora a verificar os pacientes que se encaixavam nos critérios de inclusão. Após o término da terapia física, paciente e cuidador eram convidados pela pesquisadora, a participar do projeto de pesquisa.

O objetivo do primeiro encontro foi esclarecer os selecionados sobre:

- a importância do tratamento psicológico grupal e do aproveitamento daquele espaço terapêutico;
- o número de sessões (10) e o tempo de duração de cada encontro (50 min);
- a questão do sigilo – profissional e dos participantes – a respeito de tudo o que fosse conversado no grupo;
- o respeito ao saber ouvir e falar; e
- a necessidade da presença em todos os encontros.

Na ocasião, para que se estabelecesse um clima de empatia, os participantes foram estimulados a falar livremente. Aqueles que aceitaram fazer parte da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Marcou-se, a seguir, um dia para as entrevistas individuais, que foram realizadas pela mesma pesquisadora (Anexos B, D, F e H).

Após os dez encontros grupais, a pesquisadora entrevistou mais uma vez, individualmente, os pacientes e os cuidadores (Anexos C e E, G e I).

Essas entrevistas foram norteadas por um questionário, e as informações colhidas, devidamente anotadas. Durante os relatos, a pesquisadora procurou não interromper o entrevistado, apenas quando necessário para a coleta de dados e esclarecimento de dúvidas.

O primeiro grupo, composto por quatro pacientes que sofreram amputação por diabetes tipo II e seus cuidadores, totalizava oito participantes; o segundo, incluía três indivíduos amputados por diabetes tipo II; e o terceiro, em número de três, era formado pelos cuidadores dos pacientes do segundo grupo. A mesma pesquisadora conduziu os três grupos.

No decorrer dos encontros, os seguintes temas foram abordados:

1º encontro: Apresentação

2º encontro: Diabetes

- 3º encontro: Diabetes
- 4º encontro: Amputação
- 5º encontro: Amputação
- 6º encontro: Prótese
- 7º encontro: Relacionamento familiar
- 8º encontro: Relacionamento paciente e cuidador
- 9º encontro: Tratamento
- 10º encontro: Tema livre

Os encontros foram transcritos pela psicóloga imediatamente após o término de cada um, para que não se perdesse as informações dadas pelos participantes.

3.5 Análise dos dados

Para o exame do material bruto colhido das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo, sendo esta a abordagem analítica mais usual utilizada para dados em investigações com métodos qualitativos (Turato, 2003).

As entrevistas, analisadas a partir desse enfoque, foram categorizadas por meio do conteúdo das respostas do discurso dos participantes, com o intuito de proporcionar uma visão geral do estudo. O objetivo dessa técnica, ainda segundo Turato (2003), é verificar o significado das respostas. Essa classificação foi avaliada por um único juiz independente, e a fórmula utilizada associou o resultado do juiz dividido (:) pelo resultado da pesquisadora vezes (x) cem (100).

4 RESULTADOS

Os grupos de pacientes e cuidadores apresentaram dados comparativos em relação a variáveis sócio-demográficas (faixa etária, grau de parentesco e sexo).

No grupo 1, os pacientes tinham entre 57 e 66 anos (média de idade = 61), sendo três do sexo masculino e um do sexo feminino. Os cuidadores incluíam três cônjuges (do sexo feminino) e um filho, com idades variáveis entre 55 e 69 anos (média = 61).

No grupo 2, havia pacientes de 51 a 73 anos (média de idade = 62), sendo dois do sexo masculino e um do sexo feminino. Os cuidadores (grupo 3) incluíam um cônjuge (do sexo feminino), um irmão e um filho, com idades variáveis entre 38 e 70 anos (média = 54).

Com relação ao diabetes e à amputação de membros, os grupos também eram comparáveis. No grupo 1, os sujeitos eram portadores da doença por períodos que variavam de 15 a 20 anos (média = 17,5). Quanto ao tempo no estado de amputados, variava de seis a 18 meses, com apenas um deles nessa situação há 15 anos.

No grupo 2, os sujeitos portavam a doença dentro de períodos que variavam entre um e 32 anos (média = 17,6). Somente um tinha a doença há 32 anos. O tempo de amputação era de 12 a 24 meses, com apenas um deles amputado há dez anos.

4.1 Entrevistas com os pacientes antes dos grupos terapêuticos

Os dados das entrevistas estão apresentados de acordo com a categorização feita pela autora e verificada por um juiz independente. A título de esclarecimento, estão incluídas as perguntas e, como exemplo, um tipo de resposta.

1- Descoberta do diabetes

Grupo 1	Grupo 2
3 - pelos sintomas	1- pelos sintomas
1- na amputação	1- por mudanças corporais
	1- por meio de exame de rotina

Como descobriu que tinha diabetes?

Foi por acaso, quando comecei a desconfiar, eu tomava muita água até durante a noite. Também urinava muito e então fui ao médico. Aí descobri que tinha diabetes.

2- Sentimentos em relação à doença

Grupo 1	Grupo 2
1- revolta	3 - não se importaram
2- negação da realidade	
1- desespero	

Como você se sentiu portador dessa doença?

Fiquei revoltado, levei um choque porque sempre trabalhei para criar os meus filhos e, de repente, essa doença.

3- Cuidados para conviver com o diabetes

Grupo 1	Grupo 2
2- controle da alimentação; exercícios físicos	3- controle da alimentação; medicação
1- controle da alimentação; medicação	
1- controle da alimentação; parar de beber	

Quais cuidados foram necessários tomar para conviver com o diabetes?

Demorei para começar a me cuidar, mas, depois de um tempo, como eu não melhorava, só piorava, tive que começar a me medicar e a mudar a alimentação, além de cortar a bebida.

4- Como ocorreu a amputação

Grupo 1	Grupo 2
3- por infecção	3- por infecção
1- por trombose	

Como ocorreu a amputação?

Comecei sentindo muitas dores nas pernas, fiquei três anos tomando remédios e o médico não me encaminhava para o vascular. Quando troquei de médico, ele me encaminhou para o vascular, que me pediu um exame de cateterismo e aí eu tive que amputar.

5- Sentimentos em relação à necessidade de amputação

Grupo 1	Grupo 2
1- desespero e negação	1- tristeza e aceitação
1- ideação suicida e confusão mental	1- culpa
1- vontade de morrer	1- choque
1- negação da realidade	

Como você se sentiu quando soube que necessitava amputar o membro?

Foi muito difícil porque eu era uma mulher ativa que fazia de tudo e, de repente, tive que ficar sem andar. Deu vontade de morrer.

6- Conjeturas antes da possibilidade de ocorrência de uma amputação

Grupo 1	Grupo 2
1- tristeza e negação	1- tristeza
1- dificuldade em ver	1- destino
2- nunca aconteceria comigo	1- feio e nunca aconteceria comigo

O que você achava da amputação?

Que nunca aconteceria comigo.

7- Vida após a amputação

Grupo 1	Grupo 2
4- fim da vida	1- fim da vida
	1- recuperação
	1- desprezo

Como você imaginava que seria sua vida após a amputação?

Que minha vida tinha acabado.

8- Ocorreu como previa a amputação

Grupo 1	Grupo 2
1- não, aceitação	1- não, ajuda da irmã
3- não, apoio familiar	1- sim, aceitação
	1- não, ocorreu ao contrário

Ocorreu como você previa (sim, não)? Por quê?

Não, porque minha família me apoiou e percebi que existiam pessoas que também passavam pela mesma situação. Por isso, poderia continuar vivendo.

9- Significado da prótese

Grupo 1	Grupo 2
1- sonho	2- andar
1- autonomia	1- segurança e visual bonito
1- dificuldade	
1- andar	

Para você, é importante a utilização da prótese?

Sempre sonhei com isso para poder voltar a trabalhar e a ajudar a família.

10- Avaliação da vida após a prótese

Grupo 1	Grupo 2
2- dificuldades	1- dificuldades
1- boa	1- normal
1- tristeza e revolta	1- bem e independente

Atualmente, como você avalia sua vida?

Difícil, sinto tristeza por ter dificuldade em andar e fico muito revoltada, sem vontade de fazer nada.

11- Expectativas do tratamento psicológico

Grupo 1	Grupo 2
1- aceitação e ajudar o cuidador	2- conversa e explicações
1- auxílio e entendimento	1- ajudar
1- contato com pessoas	
1- orientação	

O que você espera do tratamento psicológico de grupo?

Vai ser bom poder falar de tudo isso e ver que outras pessoas também têm problemas.

12- Opinião sobre o cuidador participar de grupo terapêutico

No grupo 1, pacientes e cuidadores ficaram juntos; o grupo 2 não teve a participação do cuidador

Grupo 1	Grupo 2
1- bom , equilíbrio emocional	1- ótimo, sentir melhor
2- bom, ajuda no enfrentamento da situação	1- bom, esclarecimentos
1- bom, dificuldades, entendimento	1- bom, controle emocional

O que você acha do seu cuidador participar do grupo (bom, não é bom, outros)? Por quê?

Bom, porque ele também passa por muitas dificuldades estando ao meu lado.

O que você acha do seu cuidador participar de um outro grupo psicoterapêutico? Por quê?

Bom, ela vai ficar mais esclarecida.

13- Relacionamento com o cuidador

Grupo 1	Grupo 2
1- bom, sempre presente	1- bom, ajuda e cansaço
1- ótimo, prestativo	2- ótimo, cuidados
1- regular, mágoa	
1- controle emocional e autoritarismo	

O seu relacionamento com o cuidador é ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Regular, tenho muita mágoa dele, porque bebia e fazia coisas erradas. Ficamos um tempo separados, mas hoje ele me acompanha em tudo.

14- Mudanças no relacionamento

Grupo 1	Grupo 2
2- nada	3- nada
1- mágoa	
1-controle emocional e autoritarismo	

O que você mudaria nesse relacionamento?

Que ela não ficasse tão nervosa e preocupada comigo.

15- Avaliação do estado emocional do paciente

Grupo 1	Grupo 2
1- bom, aceitação	1- regular, negação
1- regular, negação	1- ruim, dificuldades
1- regular, incapacidades	1- ótimo, aceitação
1- bom, planos de trabalhar	

Você avalia seu estado emocional como ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Regular, não me sinto totalmente recuperado de tudo que aconteceu comigo.

**Análise de concordância do juiz com relação às categorias das entrevistas antes do
processo terapêutico**

Juiz

Grupo 1 – 82%

Grupo 2 – 91%

4.2 Entrevistas com os pacientes depois dos grupos terapêuticos

1- Participação no grupo

Grupo 1	Grupo 2
1- bom, aprendizagem	1- bom, conversa, entendimento e amizades
1- bom, falar dos problemas	1- ótimo, entendimento e aprendizagem
1- gostou	1- gostou
1- gostou, conhecer pessoas e participar dos encontros	

O que você achou de participar desse grupo?

Gostei dos colegas, das amizades e das palestras. Sinto saudades e gostaria que continuasse.

2- Expectativas depois do grupo

Grupo 1	Grupo 2
1- conscientização do problema	3- inesperado
3- superadas	

As suas expectativas iniciais foram alcançadas?

Não esperava que fosse tão bom, que tudo fosse explicado e que tivesse essa troca de informações.

3- Participação do cuidador no grupo

Grupo 1	Grupo 2
1- boa, consciente das dificuldades	
1- boa, ver o problema de outra forma	
1- boa, mais paciente	
1- boa, falar dela	

Você acha que a participação do seu cuidador no grupo foi (boa, não foi boa, outro)?

Por quê?

Boa, gostei muito que ela veio, pois pôde falar um pouco do lado dela. Pudemos conversar sobre as coisas que falávamos aqui.

4- Mudanças no relacionamento

Grupo 1	Grupo 2
1- sim, aceita melhor as dificuldades	1- sim, entendimento
1- sim, conversando mais	1- não, relacionamento bom
1- sim, mais paciente e tolerante	1- sim, tolerância e observou dificuldades do cuidador
1- sim, usar o conhecimento aprendido no grupo	

O relacionamento com o seu cuidador mudou após o grupo? Por quê?

Sim, ela não é mais nervosa e tão explosiva. E eu pude ver também as dificuldades da minha filha.

5- Mudanças com o diabetes

Grupo 1	Grupo 2
1- sim, cautela	1- sim, conscientização e compreensão
1- sim, importância e controle	2- sim, conscientização e sem abusos
1- sim, seguindo melhor a dieta	
1- sim, emagrecer	

Mudou a forma como você lida com o diabetes?

Sim, eu acabei tendo mais consciência dos cuidados que tenho que ter e não fico mais abusando.

6- Mudanças com a amputação

Grupo 1	Grupo 2
1- sim, horários e independência	1- sim, necessidade da prótese
1- sim, maior aceitação	1- sim, enfrentamento e pensamento positivo
1- sim, retornando às atividades	1- sim, bem-estar e retorno às atividades
1- sim, adaptação com o andador	

Mudou a maneira como você está lidando com as dificuldades no seu dia-a-dia devido à amputação (sim, não, mais ou menos)? Como?

Sim, eu estou vivendo melhor e não deixo mais de fazer as minhas atividades do dia-a-dia.

7- Utilização da prótese

Grupo 1	Grupo 2
1- sim, voltar a trabalhar	1- sim, andar, trabalhar e retorno às atividades
1- sim, independência	1- sim, equilíbrio e segurança
2- melhor para andar	1- sim, independência

Para você, é importante a utilização da prótese? Por quê?

Sim, acho que vai ser ótimo, vai trazer mais firmeza no meu andar. Estou sonhando com isso.

8- Estado emocional do paciente

Grupo 1	Grupo 2
1- bom, aceitação e menos ansiedade	1- regular, dificuldades e lembranças
1- ótimo, segurança e independente	1- regular, altos e baixos
1- bom, era chorosa, deprimida e dependente	1- bom, conseguir andar e ser feliz
1- ótimo, aceitando a amputação	

Você avalia seu estado emocional como ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Regular, porque ainda tenho altos e baixos e nunca sei o que vai acontecer no dia de amanhã.

Análise de concordância do juiz com relação às categorias das entrevistas depois do processo terapêutico

Juiz

Grupo 1 – 100%

Grupo 2 – 93%

TABELA 1. Resumo das entrevistas com os pacientes antes e depois dos grupos
(Santa Casa de São Paulo, 2007)

	Antes	Depois
Mudanças de Hábitos/ Diabetes	- exercício físico - alimentação - medicação	- controle da dieta - conscientização - aceitação
Amputação	- desespero - ideação suicida - culpa - negação - sonho	- aceitação - enfrentamento - retorno das atividades
Prótese	- autonomia - segurança	- andar - trabalho - independência
Tratamento psicológico	- ajuda - entendimento - orientação	- aprendizagem - amizade - conversar
Participação do cuidador no grupo	- equilíbrio emocional - esclarecimento	- consciente das dificuldades - olhar o problema de outra forma
Relação com o cuidador	- nada	- aceitação - compreensão - conhecimento
Estado mental	- dificuldades - incapacidade - negação	- segurança - aceitação - altos e baixos - dificuldades

4.3 Entrevistas com os cuidadores antes dos grupos terapêuticos

1- Notícia de alguém próximo ter diabetes

Grupo 1	Grupo 3
1- nervoso	1- tristeza e desesperança
1- cuidados	1- péssimo, portador de outra doença
1- inesperado	1- normal, inesperado
1- esperado	

Como foi para você quando soube que alguém próximo era diabético?

Fiquei muito nervosa porque ainda tinha meus filhos para criar.

2- Cuidados para ajudar a conviver com a doença

Grupo 1	Grupo 3
1- controle com a alimentação, remédios	1- controle com a alimentação, parar de fumar e beber
1- controle com a alimentação, exercícios	1- controle com a alimentação, remédios
1- controle com a alimentação	1- controle com a alimentação, exercícios
1- controle com a alimentação	

Que cuidados foram necessários para ajudá-lo a conviver com a doença?

Comidas leves, adoçante, sem doces, massas, ou seja, todos os controles durante as refeições.

3- Impacto da amputação dessa pessoa na sua vida

Grupo 1	Grupo 3
1- péssimo, desemprego	1- choque e realidade
1- negação	1- tristeza
1- preocupação	1- desespero
1- tristeza e sobrecarga de tarefas	

Qual o impacto que a amputação dessa pessoa teve em sua vida?

Eu fiquei péssima, porque ele já estava desempregado há muito tempo, tinha acabado de conseguir um trabalho e, sem a perna, tudo iria ficar mais difícil.

4- Cuidados adotados para ajudar essa pessoa

Grupo 1	Grupo 3
3- cuidados diários	1- ajuda de Deus
1- viver a vida dele	1- cuidados diários e ajuda dos profissionais
	1- dependência, adaptação e tratamento

Quais cuidados foram necessários você adotar para ajudar essa pessoa?

Fazia curativo, dava banho, remédios e tudo mais.

5- Participação no grupo psicoterapêutico

Grupo 1	Grupo 3
1- bom, aceitação do paciente	1- dificuldade em falar
1- bom, separação das vidas	1- bom
1- bom, ajuda dos médicos	1- muito bom, convite inesperado
1- bom, conversar sobre o relacionamento	

O que você acha de participar do grupo psicoterapêutico?

Vou participar por ele e também por mim. Ando muito sobrecarregada e com dificuldades de separar as coisas da minha vida e da dele.

6- Relacionamento com o paciente

Grupo 1	Grupo 3
1- bom, companheirismo	1- bom, medo de discriminação
1- bom, compreensão e, às vezes, explosivo	1- bom, sem brigas e, às vezes, broncas
1- regular, geniosa	1- ótimo, melhor após a amputação
1- regular, ambos nervosos	

O seu relacionamento com o paciente é ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Regular, ela é muito geniosa e fala o que quer, não se importando com o lugar que está e nem com as pessoas.

7- Mudanças no relacionamento

Grupo 1	Grupo 3
2- nada	3- nada
1- independência	
1- brigas	

O que você mudaria nesse relacionamento?

Que ele viva a vida dele, porque se acontecer algo ruim de novo eu acho que não agüentaria.

8- Como lida com as dificuldades do paciente devido à amputação

Grupo 1	Grupo 3
1- cuida do paciente, esquece de si	1- ajuda e descuido de si mesma
1- paciência	1- paciência
1- readaptação dos cômodos	1- readaptação dos cômodos
1- conversando e cuidando da alimentação	

De que maneira você lida com as dificuldades apresentadas pelo paciente devido à amputação?

Lidei sempre dando força a ele e mostrando que Deus tem sempre um propósito para tudo e todos.

9- Importância do paciente utilizar a prótese

Grupo 1	Grupo 3
3- independência	2- independência
1- usa, mas incomoda	1- usa, mas incomoda

Para você, qual a importância do paciente utilizar a prótese?

Ótimo, porque ela faz quase tudo sozinha e posso levá-la para qualquer lugar.

10- Estado mental do cuidador

Grupo 1	Grupo 3
1- regular, lembranças	1- regular, chorosa
1- bom, dificuldade de administrar tudo	1- bom, dificuldade de sair
1- regular, abalado	1- regular, abalado
1- ruim, tristeza	

Você avalia seu estado emocional como ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Regular, estou um pouco triste, não por causa dela, mas por eu ter parado a minha vida e ainda não consegui retomá-la.

11- Estado emocional do paciente

Grupo 1	Grupo 3
1- bom, força de vontade	1- bom, gostar mais dele
1- bom, não tem certeza	1- bom, sem reclamações
1- ruim, negação	1- ótimo, independência
1- regular, negação	

Você avalia o estado emocional do paciente como ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Bom, ele precisa gostar mais dele.

Análise de concordância do juiz com relação às categorias das entrevistas antes do processo terapêutico

Juiz

Grupo 1 – 83%

Grupo 3 – 83%

4.4 Entrevistas com os cuidadores depois dos grupos terapêuticos

1- Participação no grupo

Grupo 1	Grupo 3
1- muito bom, correspondido	1- ótimo, aprendizagem
1- excelente, aprendizagem	1- bom, ajuda e percepção
1- bom, aprendizagem	1- importante, aprendizagem
1- muito bom, conhecer pessoas	

O que você achou de participar desse grupo?

Foi ótimo porque aprendi muito a lidar com as situações e principalmente com ele.

2- Expectativas depois do grupo

Grupo 1	Grupo 3
3- superadas	1- sim
1- sim, pôde ajudar	2- superadas

As suas expectativas iniciais foram alcançadas?

Eu não imaginava que ia ser tão bom.

3- Mudanças no relacionamento

Grupo 1	Grupo 3
1- sim, compreensão	1- sim, vida própria
1- sim, paciência	1- sim, paciência e entendimento
1- não, relacionamento já era bom	1- sim, vida própria e ajuda dos outros filhos
1- sim, aceitação	

O seu relacionamento com o paciente mudou após o grupo (sim, não, em parte)? Por quê?

Sim, eu comecei a ter mais paciência com ele porque fui entendendo melhor os problemas.

4- Mudanças na forma de lidar com as dificuldades do paciente pós-grupo.

Grupo 1	Grupo 3
2- sim, compreensão	1- sim, em parte, vida própria
1- sim, disposição	1- sim, descoberta do Mal de Parkinson e apoio grupal
1- sim, não superprotegendo e entendimento	1- em parte, sentimento de pena, culpa e dificuldades

Após o grupo, mudou a maneira como você lida com as dificuldades do paciente? Por quê?

Sim, o Parkinson surgiu no meu marido no meio do grupo e tive todo o apoio que precisei de vocês.

5- Importância da prótese para o paciente

Grupo 1	Grupo 3
3- independência	1- importante, melhor não
1- melhor não	1- importante, movimentação e percepção do pé
	1- independência e percepção da perna

Para você, qual a importância do paciente utilizar a prótese?

Não acredito que ele vai se adaptar. Ele tem pouco tempo de vida e está muito bem sem ela. Já sofreu demais e está bem assim.

6- Estado emocional do cuidador

Grupo 1	Grupo 3
1- regular, pouco cuidado consigo mesma	1- regular, tratamento e continuidade
1- regular, dificuldades	1- bom, entendimento e aceitação
1- regular, falhas	1- regular, ajuda no tratamento, mas passado presente
1- regular, oscilação de humor e esquecimento	

Você avalia seu estado emocional como ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Regular, ainda tenho muitas falhas.

7- Estado emocional do paciente.

Grupo 1	Grupo 3
1- bom, aceitação	1- regular, negação e abusos
1- ótimo, independência e luta para melhorar	1- bom, atividades e sem reclamações
1-bom, retornando às atividades	1- bom, bem-estar, independência e divisão de problemas
1- bom, menos nervoso e aceitação	

Você avalia o estado emocional do paciente como ótimo, bom, regular ou ruim? Por quê?

Bom, agora ela está muito melhor e mais disposta, retornando às atividades anteriores.

Análise de concordância do juiz em relação às categorias das entrevistas depois do processo terapêutico

Juiz

Grupo 1 – 100%

Grupo 3 – 93%

TABELA 2. Resumo das entrevistas com os cuidadores antes e depois dos grupos
(Santa Casa de São Paulo, 2007)

	Antes	Depois
Cuidados com as dificuldades	- cuidados diários - ajuda de Deus - ajuda dos profissionais	- entendimento - disposição - independência
Relacionamento com o paciente	- compreensão - nervosa - companheirismo	- compreensão - independência - paciência
Participação no grupo psicoterapêutico	- separação das vidas - dificuldade em falar - convite inesperado	- aprendizagem - ajuda - conhecer pessoas
Prótese	- independência - incômodo	- independência - melhor não - percepção do membro
Estado mental	- abalo - dificuldade de administração - choros	- passado presente - falhas - dificuldades
Estado mental do paciente	- negação da realidade - independência - força de vontade	- aceitação - independência - retorno das atividades

5 DISCUSSÃO

O recrutamento e a seleção dos pacientes para o grupo psicoterapêutico foi realizado com grande dificuldade, uma vez que nem todos se faziam acompanhar dos seus cuidadores. A maioria utilizava o Serviço de Atendimento Especial¹ (Atende) e este não obriga a presença de um acompanhante, condição esta estabelecida pela pesquisa como critério de inclusão. Outros não demonstraram interesse em participar, pois não compareciam semanalmente no Serviço de Reabilitação da Santa Casa.

O portador de diabetes precisa compreender que o bom controle sobre a doença impede o aparecimento de complicações agudas ou crônicas. Ele só se submeterá a um tratamento se entender perfeitamente o quanto é relevante para a sua vida (Zagury, 1993).

Assim, o número de sujeitos ficou aquém do esperado. Porém, tendo em vista que a proposta de grupo psicoterapêutico implicava em um número pequeno de participantes e em análise qualitativa, tal fato não se constituiu um obstáculo ao prosseguimento do inicialmente proposto.

Em relação aos grupos psicoterapêuticos da pesquisa, como já esclarecido, são compatíveis do ponto de vista da distribuição sócio-demográfica, o que tornou viável a comparação entre eles. Dessa forma, este capítulo é destinado à abordagem das mudanças comportamentais e das apreciações dos participantes nas entrevistas antes e após o grupo. A análise de conteúdo foi realizada a partir das categorias levantadas pela autora nas entrevistas iniciais e finais. Esta classificação foi avaliada por um juiz independente, que apresentou grau de confiabilidade igual ou superior a 82%.

Em relação ao sexo e grau de parentesco dos cuidadores, constatou-se ser a maioria do sexo feminino e de cônjuges. Em pesquisa na literatura, Rigone* esclarece que, quando um dos cônjuges adquire uma deficiência, de modo geral, o casamento fracassa porque já existiam problemas no relacionamento, enquanto que outras uniões se fortalecem quando os laços entre os parceiros já eram consistentes (citado por Vash, 1973).

¹ O Atende foi criado pelo Decreto nº 36.071, de 9 de maio de 1996. É uma modalidade de transporte porta a porta, gratuito, com regulamento próprio, oferecido pela Prefeitura de São Paulo, destinado às pessoas portadoras de deficiência física com alto grau de severidade e dependência, impossibilitadas de utilizar outros meios de transporte público. O gerenciamento é feito pela SPTrans e sua operação compete às empresas de transporte coletivo do município de São Paulo. Destina-se prioritariamente à reabilitação, tratamento de saúde, educação e, caso haja oferta de veículos, trabalho, esporte, lazer, cultura e outras atividades da vida diária. As pessoas transportadas são devidamente cadastradas e agendam sua programação de viagens sempre quinze dias antes do início de cada mês.

Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/transportes/acoes/0002>>. Acesso em: 05 junho 2008

* Vash CL. Enfrentando a deficiência. A manifestação. A psicologia. A reabilitação. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1973.

Em seus estudos, o autor constata que o casal reage diante do problema de duas maneiras: com autenticidade ou superficialmente, isto é, ou encara a doença de forma realista ou acoberta a verdade. Os companheiros têm a chance de amadurecer diante da crise; o paciente vem a assumir papéis que não desempenhava antes e a esposa (ou marido), que diante das circunstâncias ficou no lugar de cuidadora (ou cuidador), pode desenvolver recursos suficientes para se adaptar à nova situação. O importante, ressalta Vash (1973), é a natureza do amor existente, que deve ser permeado pela compreensão e pela reconstrução.

Acredita-se que os cuidadores/cônjuges desta pesquisa, a partir do momento que aceitaram participar de um grupo psicoterapêutico, para melhorar o tratamento do paciente amputado por causa do diabetes, já estavam tentando reassegurar esse amor.

A homogeneidade dos grupos também se caracterizou pelo fato dos pacientes portarem o mesmo diagnóstico de amputação por consequência do diabetes tipo II e de serem fechados para os participantes selecionados por critérios de inclusão e exclusão. Sua principal finalidade foi provocar mudanças de comportamento nos integrantes, auxiliando-os na conscientização de seus sentimentos, o que favoreceu alternativas efetivas de enfrentamento da perda ocorrida. Durante a realização dos grupos psicoterapêuticos, por meio dos temas selecionados, os pacientes foram estimulados a exporem suas dificuldades relacionadas ao diabetes, à amputação, ao relacionamento com o cuidador, às ações cotidianas e ao seu estado emocional.

Para que isso também ocorresse com os cuidadores foi importante estimulá-los a sair parcialmente do seu papel e assumir o de paciente, pois, no grupo, tanto um quanto o outro necessitavam de cuidados.

Mello Filho (2000) ressalta que o trabalho terapêutico grupal, principalmente no hospital, é limitado no tempo, sendo breve e essencialmente focal. Em vez de interpretações, utilizam-se mais intervenções prévias, e não tão profundas, para que o paciente venha a perceber que possui recursos internos para lidar com a nova realidade.

Segundo Vinogradov, Yalom (1992), afim de que se atinja o objetivo previsto pela psicoterapia de grupo, o terapeuta necessita, portanto, ter clareza quanto à sua estrutura básica, ou seja, deve selecionar os membros capazes de desenvolver o que é proposto. O grupo precisa ser coeso, isto é, a presença de um membro significativamente diferente dos demais é inadmissível. Cabe ao líder afastar aqueles cujo comportamento é incompatível com o do grupo.

A pesquisadora observou a importância das entrevistas individuais, que aconteceram antes e após os dez encontros, pois elas possibilitaram a expressão mais individual e íntima dos participantes. As realizadas antes do início do grupo constituíram a base dos encontros e possibilitaram a percepção dos pontos de maiores dificuldades encontrados pelos participantes para tratar do problema. As entrevistas finais apontaram algumas mudanças significativas e os participantes sentiram-se mais à vontade para falar sobre seus sentimentos. Provavelmente, isso se deve ao fato da relação de confiança e segurança que se estabeleceu entre paciente, cuidador e psicólogo durante o trabalho grupal.

Corroborando com essa idéia, Zimerman (2004) relata que a chave do êxito ou do fracasso do grupo terapêutico está no conhecimento prévio de seus participantes, por meio da avaliação de cada um antes do início dos encontros.

Neste estudo, ainda foi possível observar a formação do chamado “vínculo de reconhecimento”, conceituado por Zimerman (2004). O primeiro vínculo diz respeito ao reconhecimento, pelo grupo, daquilo que estava igualmente reprimido e latente em cada indivíduo. Isso pôde ser observado quando os pacientes e cuidadores se identificaram em relação aos sentimentos de impotência, medo, ansiedade, ambivalência afetiva, instabilidade emocional e dificuldades cotidianas, após o procedimento de amputação. Essa constatação repercutiu positivamente, pois os pacientes perceberem que não só eles enfrentavam situações difíceis, mas também seus cuidadores.

O segundo vínculo consiste naquele estabelecido apesar da diferença de valores, de cultura e de nível social dos participantes e que, mesmo assim, compartilham ligações afetivas entre si. No grupo pesquisado, todos advinham de uma mesma classe social e isso facilitou, de certa forma, tais ligações.

O terceiro vínculo se refere ao apoio mútuo dos integrantes em relação aos problemas de cada um. Esse aspecto norteou os grupos psicoterapêuticos – quando um falava, os outros o respeitavam. O mesmo comportamento se repetia quando algum tema delicado era abordado. Exemplo disso foi o caso de uma cuidadora que, no decorrer dos encontros, soube que seu marido estava com o Mal de Parkinson. Ela recebeu suporte e apoio de todos os participantes.

O quarto e último vínculo destacado pelo autor consiste no nível de aceitação do indivíduo em relação a si próprio e diante de sua situação atual. Esse aspecto foi observado pela pesquisadora como o mais difícil de ser alcançado, por conta da resistência dos participantes em admitirem a realidade. Alguns pacientes declararam, nas entrevistas

finais, já estarem aceitando a perda física advinda da amputação; e outros, assim como os cuidadores, em muitos momentos conseguiram transpor a resistência e falaram sobre a dificuldade em aceitar o ocorrido, sendo esse, talvez, o primeiro passo para ultrapassarem essa barreira.

Outro exemplo de resistência surgiu quando um ou outro sujeito, no início dos encontros, permaneceu calado, parecendo estar ausente do tratamento. Em tais ocasiões, a pesquisadora pontuou o comportamento e buscou incluir o indivíduo nas discussões. Foi interessante notar que, nessas intercorrências, os outros participantes auxiliaram os colegas, estimulando-os a interagir.

Zimmerman (2004) já havia também ressaltado esse tipo de comportamento, quando um paciente se opõe ao grupo, ocultando-se em seu silêncio, desligando-se, observando e navegando na experiência dos outros, sem nunca se expor. Se o terapeuta estiver atento a essa postura, deve buscar incluí-lo, lembrando-lhe o papel que representa junto aos demais. Em algumas circunstâncias, a atuação do grupo pode facilitar a remoção dessas resistências, por meio de uma comunicação mais ativa e manifestações de afeto, que venham a despertar-lhe certas fantasias e sentimentos ocultos, após essas diferentes formas de negação.

5.1 Análise das entrevistas dos pacientes antes e depois do grupo

Nas entrevistas iniciais, observou-se que a maior parte dos pacientes, ao descobrir a doença, teve dificuldade de aceitá-la e de seguir corretamente as orientações médicas, o que acabou por desencadear a amputação.

Loureiro et al (2002) observaram que, para os diabéticos, a amputação significa um dia-a-dia envolto em descrença, inconformismo, culpa, isolamento e vontade de morrer, permeado pela tentativa de aceitação da perda.

Ao receber a notícia da amputação, o diabético tende à incredulidade e à negação. Age de modo a ignorar o ocorrido, verbalizando sua indignação com frases do tipo “isso não pode estar acontecendo comigo.”

Nas situações de perda, o sentimento de culpa é inevitável. Ao se sentirem responsáveis por não antecipar ou prever as complicações que resultaram em amputação, os pacientes lamentam suas atitudes. Loureiro et al (2002) citam o caso de uma mulher que, sentindo muito a falta de seu dedo amputado, assim desabafou: “se eu tivesse cuidado, não teria perdido ele.”

Ainda de acordo com esses autores, nenhuma outra emoção humana traz tanta aflição e dor quanto o arrependimento. Sentir-se diretamente responsável por uma perda pode gerar um sentimento aterrorizante. Nesse caso, o remorso se torna persistente.

Talvez por isso é que os pacientes deste estudo tiveram inicialmente dificuldade em falar da questão da culpa e do arrependimento, dentre outros sentimentos que permearam o processo do diabetes e da amputação. Só foi possível observar que estavam mais à vontade, quando perceberam que, no grupo, podiam encontrar um ambiente acolhedor e não crítico, pois estavam diante de pessoas que haviam passado por situações parecidas e, por isso, com sentimentos semelhantes.

Em uma revisão de literatura sobre adesão ao tratamento por pacientes diabéticos, Malerbi (2000) verificou que o baixo índice está relacionado a doenças que solicitam tratamentos longos e quando é preciso alterar o estilo de vida.

No relato dos sujeitos, observou-se que haviam sido independentes no seu cotidiano e que, diante de uma doença crônica como o diabetes, tiveram que alterar seu *modus vivendi* e se submeter a controles diários e regras impostas pela doença. Além disso, precisaram se adaptar a uma vida mais controlada após a amputação e pôde-se observar, em ambos os momentos (diabetes e amputação), a existência de mecanismos de defesa a serviço da resistência, da negação, da onipotência e de atitudes maníacas.

Os mecanismos de defesa são aqueles “diferentes tipos de operações em que a defesa pode ser especificada. Os mecanismos predominantes diferem segundo o tipo de afecção considerado, a etapa genética, o grau de elaboração do conflito defensivo, etc.” (Laplace, Pontalis, 1992).

A onipotência e a negação ficaram à mercê da resistência, quando alguns pacientes relataram a dificuldade de enfrentar uma amputação: *achava triste e não sabia o que pensar sobre isso; torcia para que nunca acontecesse comigo; eu achava feio o jeito que as pessoas ficavam e nunca pensei que isso iria acontecer comigo.*

As atitudes maníacas apareceram quando, em alguns momentos, os pacientes não acreditavam nas recomendações médicas para o tratamento do diabetes: *não esquentei a cabeça e continuei abusando até que amputei; demorei para começar a me cuidar, mas, depois de um tempo, como eu não melhorava e só piorava, tive que começar a me medicar e mudar a alimentação, além de cortar a bebida.*

Não se pensou, durante o tratamento psicoterápico grupal, em superar as resistências dos pacientes, uma vez que não se encontravam em um longo processo

terapêutico individual e porque esse não era o objetivo da pesquisa; porém, essas resistências foram uma constante. Nesses momentos, elas eram abordadas, buscando-se, com isso, o entendimento da sua utilização. Muitos autores expõem a presença da resistência até se alcançar o processo de aceitação da realidade.

Um desses autores é Kubler-Ross (1998), que esclarece a fase da aceitação como aquela em que, após o indivíduo ter passado por estágios anteriores – como a negação da realidade, a raiva de si e do mundo, a barganha de familiares, a depressão diante da perda, bem como a superação das resistências – poderá, por meio da exteriorização desses sentimentos, estar diante da aceitação. Embora o diabetes não seja uma doença terminal, ela provoca um impacto físico, psíquico e social tão grande na vida do indivíduo como se fosse e, caso o paciente não se cuide, a morte é inevitável.

Para melhor enfrentar esse momento, a pesquisadora procurou trabalhar com os pacientes a idéia de que todo o possível havia sido feito para preservar a vida e que agora assim também se procedia para saberem lidar com a doença e com a amputação.

Nessas circunstâncias, alguns profissionais da área médica têm uma tarefa árdua, que deve ser executada com competência e equilíbrio e, principalmente, em contato direto com a equipe multidisciplinar que atua no caso. O acompanhamento psicológico é indispensável, pois a dificuldade da situação faz com que o paciente necessite de ajuda para elaborar as fantasias que cria em torno desse fato inegável (Kubler-Ross, 1998).

Krall (1983) comenta que todo diabético deveria ter a oportunidade de conhecer especialistas que dispusessem de tempo para, de preferência em sessões individuais, colher dados e passar orientações a respeito da doença.

O autor ainda sugere que, em um hospital, é possível organizar pequenos grupos, cujo número ideal de integrantes varia de oito a doze pessoas, no máximo. Um psicólogo, com conhecimento básico da atividade em dinâmica de grupo, se responsabilizaria por dar informações a todos. Essas reuniões permitiriam maior interação entre as pessoas e possibilitariam a troca de conhecimentos sobre a doença. O psicólogo, sempre atento à dinâmica das sessões, procuraria evitar a predominância do pronunciamento dos mais expansivos, assim como incentivaria a exposição dos mais tímidos, para que estes também viessem a ter uma participação ativa.

Com relação à amputação, as mudanças relatadas pelos pacientes foram: a aceitação da perda, a adaptação à nova realidade e o retorno às atividades cotidianas. Mello Filho (2000) esclarece que, diante do grupo, o indivíduo pode potencializar sua capacidade

de compreensão, se deparar com a descoberta de si mesmo, dos seus limites, das suas fantasias e medos, o que o leva a pensar, refletir e discutir sobre os conteúdos expostos e o auxilia a ter uma visão mais abrangente da realidade.

A maioria dos pacientes, antes e depois dos encontros grupais, ressaltou a importância da prótese, referindo-se ao desejo de voltar a andar e de ter independência. Essa questão foi explicada por Freud (1915/1917), Boccolini (1990) e Cavalcanti (1994), que compararam a amputação com a morte de uma pessoa querida. A diferença é que, quando se perde um membro do corpo, essa realidade é certificada todos os dias, diferentemente de quando se perde uma pessoa especial, a quem não se verá mais. Talvez seja por isso que, para fugir da realidade da amputação, esses pacientes ficam ansiosos por colocar a prótese, embora ela não seja indicada para todos os casos, além de ser muito custosa.

Para Boccolini (1990), é importante que o paciente tenha noção das suas possibilidades e dificuldades em relação a uma prótese, procurando informar-se com a equipe de saúde sobre o que poderá ou não fazer, o que torna esse conhecimento a base para a construção do seu futuro.

Concordando com essa idéia, Benedetto et al (2002) acrescentam que “Neste sentido, a reintegração corporal implica não apenas na incorporação da prótese à imagem corporal, mas na possibilidade de o paciente amputado aceitar-se com a prótese e sem ela, ou seja, com a ausência do membro amputado.” Para que isso ocorra, segundo Parkes (1970), o indivíduo deve passar por algumas fases do luto.

A primeira delas é constituída pelo impacto ou choque da perda.

A segunda caracteriza-se pela tentativa de reaver o objeto perdido. Segundo Cavalcanti (1994), o processo de busca e anseio, vivenciado pelo indivíduo que se submete a uma amputação, inclui, em sua mente, o antigo estado existencial. Ele se utiliza, então, dos recursos disponíveis para poder voltar à situação anterior, como, por exemplo, a possibilidade de colocação de uma prótese.

A terceira etapa é a admissão da derrota, que se caracteriza pelo desespero, porque o sujeito percebe que nada pode ser feito para recuperar o objeto perdido e que, portanto, deverá conviver com essa realidade.

A última e quarta fase é a de readaptação do paciente ao seu mundo externo e de reorganização do seu mundo interno. “Estas mudanças obrigam à reorganização do comportamento referente à relação consigo mesmo, com familiares e outras pessoas, às posses materiais, ao local de trabalho, às expectativas e planos para o futuro e, até mesmo, à interpretação do passado.” (Cavalcanti, 1994)

Essa etapa é muito delicada e requer a preparação do indivíduo durante as fases anteriores. Para que consiga lidar adequadamente com esse processo, é importante se submeter a um acompanhamento multidisciplinar desde o início da internação, ou seja, a um tratamento global de uma equipe médica preparada para tanto, composta por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, enfermeiro, psicólogo e outros profissionais (Cavalcanti, 1994).

Talvez essas fases do luto pudessem ter sido mais bem trabalhadas com um número maior de encontros, dando aos pacientes a oportunidade de expor, de forma mais minuciosa, a repercussão que a perda da integridade física, social e emocional gerou em suas vidas.

Pôde-se observar também que, embora inesperada, mas bem-vinda, houve uma superação das expectativas após os encontros, como demonstração do bom aproveitamento dos participantes, que ressaltaram aspectos positivos como aprendizagem, entendimento e amizade.

Em relação ao estado emocional dos pacientes, notou-se uma mudança significativa em quatro deles, que demonstravam, antes dos encontros, uma fragilidade emocional oscilante entre negação da realidade e dependência; porém, depois dos grupos, acreditaram estar controlando o medo e sentindo-se independentes. Os demais permaneceram estáveis emocionalmente.

O paciente portador de diabetes, seja homem ou mulher, pode apresentar diferentes graus de estado de saúde e pertencer a diversos estratos sociais, ou seja, o aparecimento da doença é possível em qualquer pessoa ou idade e, após sua instalação, nunca mais desaparece. Isso significa existir um conjunto significativo de variáveis para explicar as diferentes manifestações psicológicas que podem resultar em desequilíbrio emocional, em prejuízos à necessária adequação ao tratamento e em outras manifestações psicossociais negativas. De acordo com Souza et al (1998), embora haja amplo conhecimento sobre o *diabetes mellitus*, uma série de dificuldades psicossociais e econômicas se evidenciam em decorrência da doença.

Salomão (1972) ressalta que o grupo psicoterapêutico é capaz de ativar comportamentos, identidades e relação com o meio externo de forma a capacitar seus integrantes a enfrentarem as dificuldades.

O relacionamento do paciente com o cuidador parecia se apresentar, inicialmente, sem necessidade de mudanças significativas; porém, após os encontros grupais, os pacientes acusaram melhora no entendimento, na aceitação e na tolerância.

Enfrentar a realidade e perceber que existem diferentes formas de lidar com ela, é descobrir também novas maneiras de existir e interagir com essa dinâmica. Os participantes começaram a demonstrar esse tipo de atitude, revelando que o grupo foi além da simples troca de informações entre eles.

Ponchirolli (1990) e Mello Filho (2000) relatam experiências de psicoterapia de grupo com pacientes amputados e diabéticos. O primeiro discorre sobre um trabalho realizado em hospital, com um grupo de amputados, cujo objetivo era proporcionar-lhes a conscientização de seus problemas e de suas limitações, para que isso viesse a repercutir na aceitação e na adaptação à prótese. As atividades desenvolvidas no grupo realmente propiciaram o conhecimento das particularidades de cada um e possibilitaram o encontro de alternativas para lidar com o problema e com a auto-estima.

Os achados da pesquisa deste trabalho se assemelham aos encontrados por esse autor.

Ponchirolli (1990) conclui também que o grupo foi eficaz ao reunir indivíduos com a mesma patologia e que passavam por dificuldades semelhantes. Assim, conseguiram aproveitar o espaço para expor seus medos, fantasias e situações difíceis do dia-a-dia, o que acabou por refletir na reorganização da sua imagem corporal, na adaptação à prótese e na reintegração ao meio social. O que se pode deduzir desta experiência é que, para o bom desenvolvimento do grupo, necessário se faz a compreensão do contexto social em que cada paciente está inserido e do seu ambiente familiar, bem como das semelhanças que unem os participantes.

O que esta pesquisa também pôde acrescentar é a importância dos cuidadores.

Mello Filho (2000) descreve um grupo aberto de pacientes, com diagnóstico de diabetes, do qual participavam os familiares interessados. Estes, segundo o autor, puderam auxiliar o enfermo nas mudanças de seu estilo de vida e na adesão ao tratamento. Além disso, essa interação mostrou-se importante para que a família e o doente crônico assimilassem as informações recebidas, se adaptassem a essa realidade e aprendessem a enfrentar as situações de crise.

Neste trabalho, o grupo psicoterapêutico foi fechado para os participantes selecionados, a presença do cuidador não era optativa e a forma de operacionalização era outra.

5.2 Análise das entrevistas dos cuidadores antes e depois do grupo

Em um primeiro momento, os cuidadores ficaram abalados por ter um parente próximo com diabetes, doença crônica que acaba por provocar alterações no bojo familiar. Diante dessa realidade, expressaram tristeza, nervosismo, surpresa e até mesmo declararam que essa doença já era esperada. Com seu agravamento, os cuidadores se depararam com a amputação e sofreram um impacto emocional que resultou em choque, desespero e no comportamento de “viver a vida do paciente”, devido à dedicação contínua que passaram a lhe proporcionar.

“As pessoas ligadas afetivamente a eles também têm seus bloqueios ao enfrentar a nova imagem. As ações e reações dos dois lados são sempre ansiosas e inseguras, podendo, muitas vezes, desestabilizar determinados relacionamentos.” (Ponchirolli, 1990)

Talvez por isso os cuidadores tenham aceitado prontamente o convite para participar do tratamento psicoterápico grupal, julgando relevante seu espaço ativo nesse processo. A ajuda solicitada por eles se deu no âmbito pessoal e relacional. Isso ocasionou, durante os encontros, uma reflexão sobre a situação de crise e possibilitou perspectivas de mudanças, pois, nas entrevistas finais, ficou claro que as primeiras expectativas em relação ao tratamento haviam sido superadas e que o grupo servira de aprendizado e de espaço para conhecer pessoas com problemas semelhantes. Tal fato pôde ter acontecido por se sentirem ouvidos e acolhidos no grupo psicoterapêutico.

Em todo o âmbito das relações criadas no convívio hospitalar, a família tem participação ativa, pois relacionar-se com o paciente é relacionar-se com ela própria. Por isso, na assistência psicológica, o profissional de saúde precisa estar consciente de que essa intervenção deve se estender aos familiares.

De acordo com Neder (1992), a família, que geralmente se apresenta tensa, acompanha o doente preocupada, com medo, ansiosa e, na maioria das vezes, disposta a ajudar. Quase sempre colabora, mas, em certas situações, pode agir inadequadamente. Por esse motivo, a autora afirma que os familiares também devem ser o foco das atenções, a fim de que suas interferências sejam oportunas e apropriadas no cuidado do paciente.

No que diz respeito ao relacionamento com os diabéticos, a maioria negou inicialmente dificuldades nesse aspecto; apenas dois cuidadores avaliaram-no como regular. Observou-se, no decorrer dos encontros, que, muitas vezes, os cuidadores não se relacionavam com os pacientes e, sim, com a doença e o tratamento, deixando de viver sua

vida separada da do paciente. Talvez o grupo tenha possibilitado aos cuidadores uma maior reflexão sobre essa postura, porque todos ressaltaram melhora no relacionamento com o paciente nos seguintes aspectos: compreensão, paciência, aceitação, independência e despreocupação.

Hull* estudou os fatores de estresse presentes na relação dos familiares que cuidam de parentes gravemente enfermos. A última etapa desse estudo diz respeito à atenção que os parentes dispensam a si mesmos. Eles acabam colocando sua vida em segundo plano, deixam de lado a saúde pessoal, se isolam do convívio familiar e com os amigos e desenvolvem sentimento de culpa. Este último está relacionado ao desejo de que a experiência de cuidar termine, pois presumem que não permanecem o tempo necessário com o doente, que não estão suficientemente atentos às suas responsabilidades como cuidadores e que são, algumas vezes, impacientes e desatenciosos (citado por Esslinger, 2003).

Corroborando essa idéia, Mello Filho, Burd (2004) apontam que os familiares passam a manter uma relação com a doença e não mais com o doente. Consultas médicas, sessões de fisioterapia, tratamentos e conversas que giram em torno de remédios são os únicos assuntos inerentes ao paciente. Não se cogita tratar-se de uma pessoa com sentimentos e necessidades que não os decorrentes da própria doença.

Os autores ressaltam que, mesmo nas famílias com recursos para atender às necessidades básicas dos pacientes, como cuidados médicos, atenção e companhia, a situação é difícil, principalmente para quem assume essas obrigações e responsabilidades. A convivência e o zelo não são tarefas fáceis e acarretam transtornos familiares, pessoais e financeiros. “É preciso que a família se coloque no lugar daquele que necessita de cuidados, pois as incapacidades, as limitações e as deficiências estarão certamente presentes no futuro de cada um de nós.” (Mello Filho, Burd, 2004)

Em revisão da literatura, ainda no que concerne aos papéis assumidos pelos familiares, muito se sabe sobre as repercussões emocionais e intelectuais diante da doença, mas pouco se conhece da especificidade dos fatores que influenciam essas divisões (Vash, 1973).

Muitas vezes os cuidadores, além de encontrarem dificuldades para lidar com o paciente, deparam-se também com entraves no relacionamento com a equipe de profissionais. Pitta (1994) fala das reações positivas e negativas do cuidador no contato com a equipe de saúde. As primeiras estão permeadas por sentimentos de apreço, gratidão,

*Esslinger I. O Paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. O Mundo da Saúde (São Paulo) 2003 Jul/Set;27(3):373-82.

credibilidade, respeito e prestimosidade. Já as reações negativas envolvem, por exemplo, a inveja relacionada à competência que os profissionais possuem para lidar com os problemas do paciente; a dependência a que estão sujeitos em relação à equipe; a possessividade; e outras, ainda, que podem revelar mecanismos de projeção por estarem falhando como cuidadores.

Diante dessa realidade, os profissionais de reabilitação devem, mais uma vez, estender sua preocupação ao cuidador, que também enfrenta mudanças na sua rotina e experimenta novos sentimentos e sensações, despertados por um contexto angustiante.

Os cuidadores deste estudo não relataram dificuldades para lidar com a equipe de reabilitação e isso ficou claro quando o tema tratamento, discutido durante os encontros grupais, foi abordado. Nesse momento, tanto os pacientes quanto os cuidadores disseram manter um bom relacionamento com os profissionais.

No que concerne à prótese, apenas dois cuidadores mudaram de opinião, achando que era melhor a sua não-utilização pelos pacientes. Uma explicação hipotética para isso pode ser o fato de terem enfrentado dificuldades tanto no período anterior à amputação quanto no pós-operatório. Quando há possibilidade de se passar por tudo isso novamente, o medo é o sentimento predominante.

Para Burisch, Bradley (1983), os familiares precisam estar envolvidos no processo educativo, juntamente com o paciente diabético, pois isso facilita a continuidade do tratamento. O apoio emocional é imprescindível nas fases em que o paciente demonstra não estar se adaptando às alterações inerentes à doença. Nesse sentido, esforços devem ser feitos para efetivar a participação da família nos atendimentos e orientações ao enfermo. Amaral (1995) ainda acrescenta que uma deficiência adquirida por uma doença traz, em seu contexto, um caráter de imprevisibilidade constante tanto para o paciente quanto para os familiares.

Antes do início do grupo, de modo geral, os cuidadores avaliaram o aspecto emocional dos pacientes como fragilizado. Após os encontros, constataram o quanto essa realidade era comum entre as pessoas que passavam pelos mesmos problemas. Além disso, perceberam que falar sobre o assunto era necessário para o fortalecimento emocional. Tais constatações puderam ser feitas nas entrevistas finais, quando os cuidadores ressaltaram que os pacientes estavam aceitando melhor a situação, se sentiam mais independentes, menos nervosos e, conseqüentemente, os sobrecarregavam menos.

Em relação ao estado emocional dos cuidadores, as entrevistas não mostraram mudanças entre o antes e o depois do grupo, talvez pelo fato desse assunto não ter sido tratado especificamente. O foco das discussões se voltou para as consequências práticas da amputação e seus reflexos no cotidiano, sendo que, nesses aspectos, houve mudanças significativas na vida de cada um dos participantes. Concordando com essas verificações, Neder (1992) expõe que, conhecendo a dinâmica das relações familiares, o profissional da saúde pode provocar mudanças que levem a um processo de interação e comunicação entre os envolvidos.

O trabalho com a família é importante, principalmente porque nem todos conseguem se reestruturar diante do ocorrido. Por isso, serão sempre beneficiados com a orientação e o apoio psicológico proporcionados pela equipe para superar esse momento.

Para Simon (1994), o psicólogo deve atuar como um elemento de ligação entre o paciente e a família, pois ambas as partes enfrentam um processo de luto causado pela amputação. Esse profissional primeiro acolhe o problema, oferecendo espaço para uma descarga emocional; depois, esclarece e orienta, para que, a partir daí, todos possam se reorganizar.

O mesmo autor afirma que esse trabalho é importante principalmente porque é custoso também para os mais próximos lidarem com a nova realidade, com os medos e inseguranças que permeiam esse relacionamento – se o grupo familiar não for cuidado, haverá dificuldade na aceitação e na elaboração do problema.

Simon (1994) ressalta, por fim, ser imprescindível englobar a família no tratamento, pois só assim poderá receber o devido suporte dos profissionais da equipe e colaborar para que o paciente encontre alívio. Essa idéia também é discutida por Mello Filho, Burd (2004), quando esclarecem que o papel da família é o elemento principal para a aceitação da doença. O diabético de qualquer idade tende a assumir melhor sua condição se também seus familiares tiverem a mesma disposição, se colaborarem com o tratamento e encararem a questão tranqüilamente. O diálogo franco é essencial em qualquer situação e a participação do paciente deve sempre ser valorizada.

Se pudesse analisar, daqui a seis meses, a relação das mudanças práticas com as dificuldades advindas da amputação, talvez elas mostrassem ter causado uma repercussão emocional importante nos cuidadores.

Em seu trabalho, Göz et al (2005) concluíram que, à medida em que se aumenta a rede de apoio social, melhora a qualidade de vida do portador do diabetes. Sem a ajuda,

pelo contrário, haveria uma piora, principalmente se fossem levadas em conta a necessidade de uma dieta restrita, muitas vezes frustrante, bem como a de dependência de drogas, como a insulina, para garantir a sobrevivência. Um certo estresse emocional e uma vulnerabilidade sempre se instalam ao se lidar com o pensamento de uma morte iminente, caso haja, por exemplo, um erro na administração da dose. Isso sem mencionar os já citados efeitos do diabetes a longo prazo, como neuropatia, nefropatia, hipertensão, cegueira e problemas circulatórios, entre outros.

A visão contemporânea de reabilitação, segundo Hammel (1995), respalda-se em quatro conceitos básicos, que envolvem: a) a intervenção centrada no paciente; b) a ênfase no processo; c) a atuação fundamentada em um modelo que integra aspectos de autocuidado, produtividade, recreação e socialização, resultantes dos componentes físico, sociocultural, mental/emocional e filosófico/espiritual; e d) a responsabilização do cliente na resolução de problemas, estabelecimento de planos, incluindo até a orientação do meio social na execução dos cuidados. Por meio desse estudo, que mostrou a importância do cuidador no tratamento do paciente amputado por diabetes tipo II, poder-se-ia incluir o quinto conceito, que é a inserção da família no tratamento de reabilitação.

6 CONCLUSÕES

Os grupos psicoterapêuticos em que pacientes e cuidadores estiveram juntos e aqueles em que ambos estavam separados não apresentaram diferenças entre si, pois, em todos eles, foram notadas mudanças significativas no modo de lidar com o diabetes, com a amputação, com as dificuldades diárias e com as relações afetivas.

De qualquer forma, tendo em vista a repercussão nas mudanças práticas, a inserção dos cuidadores foi importante, porque são eles que dão suporte e auxílio aos pacientes, o que pode repercutir na melhora do tratamento de reabilitação.

Como limitações deste estudo, são apontados o tamanho da amostra e o fato de não ter sido feita uma avaliação da equipe multidisciplinar sobre a melhora ou não dos envolvidos.

Pode-se concluir sobre a importância da inserção dos cuidadores nos grupos psicológicos, em conjunto ou separados dos pacientes. Para os serviços de psicologia, fica a sugestão de incluírem os cuidadores no tratamento psicológico do paciente, escolhendo qual a melhor modalidade de grupo, de acordo com a logística, a operacionalização e o contexto do trabalho.

7 ANEXOS

Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vocês estão sendo convidados a participar de uma pesquisa, que tem como objetivo verificar qual a melhor forma de intervenção psicológica de grupo, para o auxílio na reabilitação do paciente amputado por diabetes tipo II. Com esta pesquisa pretende-se, propiciar um espaço para serem discutidas as dificuldades existentes entre o paciente e seu cuidador. Um bom relacionamento entre ambos infere na adesão ao tratamento e no enfrentamento dos problemas derivados da amputação.

Não há nenhum efeito prejudicial em participar deste estudo.

A participação de vocês é absolutamente voluntária, tendo o direito de aceitar ou recusar. Em qualquer momento poderão desistir de fazer parte do estudo, o que não implicará no tratamento que o paciente faz no serviço de reabilitação.

Se vocês concordarem, ocorrerá o seguinte: vocês serão entrevistados, por uma psicóloga, individualmente, antes do início do grupo, com a aplicação dos inventários de depressão e demência no paciente e o de depressão no cuidador. As questões se referem ao diabetes, a amputação, a prótese, o relacionamento entre ambos, as expectativas diante do tratamento psicológico e como avaliam sua saúde mental. Após as entrevistas, o grupo será realizado em 10 encontros, uma vez por semana com duração de 50 minutos. No final, os participantes do grupo passarão por nova entrevista para verificar se as expectativas foram alcançadas com o grupo psicológico, as mudanças em relação: à doença, amputação, prótese, relacionamento entre ambos e como avaliam sua saúde mental.

Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo profissional, pois somente os pesquisadores terão acesso a elas. Em nenhum momento seu nome será divulgado.

Caso queiram qualquer informação sobre o trabalho, vocês poderão ter acesso aos responsáveis pela pesquisa no telefone relacionado abaixo, ou pessoalmente neste momento.

Os coordenadores da pesquisa comprometem-se a conduzir as atividades de acordo com os termos deste consentimento livre e esclarecido.

Coordenadores: Mariângela Savoia

Márcia Gruber Franchini tel. 8333-8988

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que lhe foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

assinatura do paciente

assinatura do cuidador

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Anexo B- Entrevista com os pacientes antes do grupo 1

Nome:.....

Idade:.....

Sexo:.....

Nível da amputação:

Membro: () D () E () Ambos

Tempo de amputação:.....

Tempo de diabetes:.....

1- Como descobriu que tinha diabetes?

.....
.....

2- Como você se sentiu portador desta doença?

.....
.....

3- Quais mudanças de hábitos foram necessários adquirir para conviver com o diabetes?

.....
.....

4- Como ocorreu a amputação?

.....
.....

5- Como você se sentiu quando soube que necessitava amputar o membro?

.....
.....

6- O que você achava da amputação?

.....
.....

7- Como você imaginava que seria sua vida após a amputação?

.....
.....

8- Ocorreu como você previa? () sim () não Por que?

.....

.....

9- Para você é, importante a utilização da prótese?

.....

.....

10- Atualmente como você avalia sua vida?

.....

.....

11- O que você espera do tratamento psicológico de grupo?

.....

.....

12- O que você acha do seu cuidador participar do grupo?

() bom () não é bom () outros

Por que?

.....

.....

13- O seu relacionamento com o cuidador é:

() ótimo () bom () regular () ruim

Por que?

.....

.....

14- O que você mudaria neste relacionamento?

.....

.....

15- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....

.....

Anexo C- Entrevista com os pacientes depois do grupo 1

Nome:.....

1- O que você achou de participar deste grupo?

.....
.....

2- As suas expectativas iniciais foram alcançadas?

.....
.....

3- Você acha que a participação do seu cuidador no grupo foi?

() boa () não foi boa () outros.....

Por que?

.....
.....

4- O relacionamento de vocês mudou após o grupo?

() sim () não () mais ou menos

.....
.....

5- Mudou a forma que você lida com o diabetes?

.....
.....

6- Mudou a maneira que você está lidando com as dificuldades no seu dia-a-dia devido à amputação?

() sim () não () mais ou menos

Como?

.....
.....

7- Para você, é importante a utilização da prótese para você?

() sim () não () mais ou menos

Por que?

.....
.....

8- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....
.....

Anexo D- Entrevista com os cuidadores antes do grupo 1

Nome:.....

Sexo:.....

Idade:.....

Parentesco:.....

1- Como foi para você quando soube que alguém próximo era diabético?

.....
.....

2- Que cuidados foram necessários para ajudá-lo a conviver com a doença?

.....
.....

3- Qual o impacto que a amputação desta pessoa teve em sua vida?

.....
.....

4- Quais cuidados foram necessários você adotar para ajudar essa pessoa?

.....
.....

5- O que você acha de participar do grupo psicoterapêutico?

.....
.....

6- O seu relacionamento com o paciente é:

() ótimo () bom () regular () ruim

Por que?

.....

.....

7- O que você mudaria neste relacionamento?

.....

.....

8- De que maneira você lida com as dificuldades apresentadas pelo paciente devido à amputação?

.....

.....

9- Para você, qual a importância do paciente utilizar a prótese?

.....

.....

10- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....

.....

11- Como você avalia o estado emocional do paciente?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....

Anexo E- Entrevista com os cuidadores depois do grupo 1

Nome:.....

1- O que você achou de participar deste grupo?

.....
.....

2- As suas expectativas iniciais foram alcançadas?

.....
.....

3- O seu relacionamento com o paciente mudou após o grupo?

() sim () não () em parte

Por que?

.....
.....

4- Após o grupo mudou a maneira que você lida com as dificuldades do paciente?

() sim () não () em parte

Por que?

.....
.....

5- Para você, qual a importância do paciente utilizar a prótese?

.....
.....

6- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....
.....

7- Como você avalia o estado emocional do paciente?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....
.....

Anexo F- Entrevista com os pacientes antes do grupo 2

Nome:.....

Idade:.....

Sexo:.....

Nível da amputação:

Membro: () D () E () Ambos

Tempo de amputação:.....

Tempo de diabetes:.....

1- Como você descobriu que tinha diabetes?

.....
.....

2- Como se sentiu portador desta doença?

.....
.....

3- Quais cuidados foram necessários adquirir para conviver com o diabetes?

.....
.....

4- Como ocorreu a amputação?

.....
.....

5- Como você se sentiu quando soube que necessitava amputar o membro?

.....
.....

6- O que você achava da amputação?

.....
.....

7- Como você imaginava que seria sua vida após a amputação?

.....
.....

8- Ocorreu como você previa? () sim () não Por que?

.....

.....

9- Para você é importante a utilização da prótese?

.....

.....

10- Atualmente como você avalia sua vida?

.....

.....

11- O que você espera do tratamento psicológico de grupo?

.....

.....

12- O que você acha do seu cuidador participar de um outro grupo psicoterapêutico?

() bom () não é bom () outros

Por que?

.....

.....

13- O seu relacionamento com o cuidador é:

() ótimo () bom () regular () ruim

Por que?

.....

.....

14- O que você mudaria neste relacionamento?

.....

.....

15- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....

.....

Anexo G- Entrevista com os pacientes depois do grupo 2

Nome:.....

1- O que você achou de participar deste grupo?

.....
.....

2- As suas expectativas iniciais foram alcançadas?

.....
.....

3- Você acha que a participação do seu cuidador no grupo foi?

() boa () não foi boa () outros.....

Por que?

.....
.....

4- O relacionamento com o seu cuidador mudou após o grupo?

() sim () não () mais ou menos

.....
.....

5- Mudou a forma que você lida com o diabetes?

.....
.....

6- Mudou a maneira que você está lidando com as dificuldades no seu dia-a-dia devido à amputação?

() sim () não () mais ou menos

Como?

.....
.....

7- Para você, é importante a utilização da prótese para você?

() sim () não () mais ou menos

Por que?

.....
.....

8- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....
.....

Anexo H- Entrevista com os cuidadores antes do grupo 3

Nome:.....

Sexo:.....

Idade:.....

Parentesco:.....

1- Como foi para você quando soube que alguém próximo era diabético?

.....
.....

2- Que cuidados foram necessários para ajudá-lo a conviver com a doença?

.....
.....

4- Qual o impacto que a amputação desta pessoa teve em sua vida?

.....
.....

5- Quais cuidados foram necessário você adotar para ajudar essa pessoa?

.....
.....

6- O que você acha de participar do grupo psicoterapêutico?

.....
.....

7- O seu relacionamento com o paciente é:

() ótimo () bom () regular () ruim

Por que?

.....
.....

8- O que você mudaria neste relacionamento?

.....
.....

9- De que maneira você lida com as dificuldades apresentadas pelo paciente devido à amputação?

.....

.....

10- Para você, qual a importância do paciente utilizar a prótese?

.....

.....

11- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....

.....

12- Como você avalia o estado emocional do paciente?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....

.....

Anexo I- Entrevista com os cuidadores depois do grupo 3

Nome:.....

1- O que você achou de participar deste grupo?

.....
.....

2- As suas expectativas iniciais foram alcançadas?

.....
.....

3- O seu relacionamento com o paciente mudou após o grupo?

() sim () não () em parte

Por que?

.....
.....

4- Após o grupo mudou a maneira que você lida com as dificuldades do paciente?

() sim () não () em parte

Por que?

.....
.....

5- Para você, qual a importância do paciente utilizar a prótese?

.....
.....

6- Como você avalia seu estado emocional?

() ótima () boa () regular () ruim

Por que?

.....
.....

7- Como você avalia o estado emocional do paciente?

() ótima () boa () regular () ruim

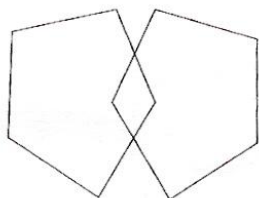
Por que?

.....
.....

Anexo J- Miniexame do Estado Mental

MiniMental State Examination – MMSE (Folstein et al., 1975) – tradução de Bertollucci et al. (1994)

Questões	Pontos
1. Qual é: Ano? Estação (Metade do ano)? Data? Dia? Mês?	5
2. Onde estamos: Estado? País? Cidade? Bairro ou Hospital? Andar?	5
3. Nomeie três objetos (carro, vaso, janela) levando 1 segundo para cada. Depois, peça ao paciente que os repita para você. Repita as respostas até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas).	3
4. Setes seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número, etc. Interrompa após 5 respostas. Alternativa: Soletre “MUNDO” de trás para frente.	5
5. Peça ao paciente que nomeie os 3 objetos aprendidos na questão 3.	3
6. Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2
7. Peça ao paciente que repita “nem aqui, nem ali, nem lá”.	1
8. Peça ao paciente que obedeça à sua instrução: “Pegue o papel com sua mão direita. Dobre-o ao meio com as duas mão. Coloque o papel no chão”.	3
9. Peça ao paciente para ler e obedecer ao seguinte: “Feche os olhos”.	1
10. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha.	1
11. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho:	1



Escore total: (máximo de 30) _____

Anexo L- Inventário de depressão de Beck

Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al., 1961) – versão revisada (Beck et al., 1979)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que serei punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado comigo mesmo.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Acredito que pareço feio.

- 15.** 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16.** 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.** 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()
- 20.** 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21.** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo M - Parecer do Comitê de Ética



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 Santa Cecília CEP 01277900 São Paulo –SP

PABX (11) 21767000 Ramais: 57102/5502 – Fax- 2176.7041 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

São Paulo, 24 de fevereiro de 2006.

Projeto nº 321/05
Informe este número para
identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr.(a).

Dr. (a). Márcia Gruber Franchini

Serviço de Reabilitação

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, reunido no dia **26/10/2005** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa:

“Psicoterapia de grupo: reabilitação de pacientes amputados por diabetes tipo II e a inserção de seus cuidadores ” emitiu parecer

enquadrando-o na seguinte categoria:

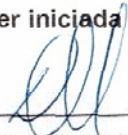
☒ **Aprovado (inclusive o TCLE);**

☐ **Com pendências** (há modificações ou informações relevantes a serem atendidas em 60 dias, enviar as alterações em duas cópias);

☐ **Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);

☐ **Não aprovado: e**

☐ **Aprovado** (inclusive TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS -CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. **Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**


Prof. Dr. Daniel R. Muñoz

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
ISCMSP

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral LA. Conhecendo a deficiência em companhia de Hércules. São Paulo: Robe; 1995.
- Anderson R, Funnel M, Carlson A, et al. Facilitating self-care through empowerment. In: Snoek, FJ.; Skinner, TC, editors. *Psychology in diabetes care*. New York: Wiley, 2000. p.69-97.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 53-63.
- Benedetto, KM, Forgione, MCR, Alves, VLR. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátrica*. 2002;9(2):85-9.
- Bertolucci, PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatria*. 1994; 52: 1-7.
- Boccolini E. O amputado: Considerações gerais. Aspectos psicológicos. In: BOCCOLINI E. *Reabilitação: amputados, amputações, próteses*. São Paulo: Robe Editorial. 1990. 7-13.
- Bordin IAS, Corrêa MCMR. Ansiedade da criança hospitalizada: ausência ou dificuldade na relação equipe-paciente? *Rev. Paul. Pediatr*. 1990;8(29):67-70.
- Bruscato WL. A psicologia no hospital da misericórdia: um modelo de atuação. In: Bruscato, W.L. & cols. *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. 17-31.
- Burisch TG, Bradley LDA. *Coping with chronic disease: research and applications*. New York: Academic Press; 1983.
- Buzato MAS, Tribulatto EC, Costa SM, Zornwgg VB, Bonno. Amputados de membros inferiores: a condição dos pacientes dois anos depois. *Na. Paul. Med. Cir*. 2001;128(4):111-19.
- Campos TCP. As interfaces da atuação do fisioterapeuta e do psicólogo junto ao paciente no contexto hospitalar. *O mundo da Saúde (São Paulo)* 2003 Jul/Set;27(3):446-51.
- Campos TCP. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária; 1995.
- Cardoso CL. Psicoterapia de grupo com pacientes diabéticos e hipertensos em centros de saúde pública. *Rev. Estudos de Psicologia (PUC-Campinas)*. 1999.Mai/Ago;16(2):5-15.
- Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Trad. de Maria Adriana Veríssimo Veonese. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Cavalcanti MCT. Adaptação psicossocial à amputação de membros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1994;43(2):71-4.

Cleator J, Wilding, J. Obesity and diabetes. *Nursing Times*. 2003;99(15):54-5.

Copossela C, Warnock, S. Dividir para somar. Como organizar um grupo de ajuda para alguém seriamente doente. São Paulo: Ágora; 1998.

Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Costa AA, Neto, JSA. Manual de Diabetes. Alimentação, medicamentos, exercícios. São Paulo: Sarvier; 1992.

Cummings NA. Psychologists: An essential component to cost-effective, innovative care. American College of Healthcare Executives Meeting. *JN Psychotherapy in Private Practice*. 1992; 10:137-43.

Davies R. Psychological care, counseling and diabetes. *Medical Perspective Diabetic*. 1989;7(Pt 2):643-44.

Delisa JA, Currie DM, Martin GM. Medicina de reabilitação. Passado, presente, futuro. In: Delisa J A. *Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas*. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2002. 3-33. 1v.

Diogo MJD'E, Campedelli, M.C. O idoso submetido à amputação de membros inferiores e as alterações nas atividades da vida diária. *Rev Paul Enf*. 1992 Mai/Ago;11(2):92-9.

Diogo MJD'E. Idoso com amputação de membros inferiores: um estudo sobre a relação do índice de Barthel com outros fatores vinculados à reabilitação. *Revista Medicina de Reabilitação*. 2002 Set;60:16-8.

Diogo MJD'E. O arranjo familiar no cuidado do idoso com amputação de membros inferiores. *Acta Paul. Enf*. 1997 Maio/Ago;10(2):88-97.

Dyck R. Non-drug treatment for social phobia. *Intern Clin Psychopharmacol*. 1996;11(Suppl 3): 65-70.

Fernandes ML, Felício JL. Efeito da intervenção psicoterápica breve em pacientes portadores de Diabetes Mellitus II em acompanhamento clínico. *O Mundo da Saúde (São Paulo)* 2004 Jul/Set;28(3):292-99.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the clinician. *J Psychiat Res*. 1975;12:129-12.

Franchini MG. A eficácia da psicoterapia de grupo no relacionamento entre o paciente amputado por diabetes tipo II e seu acompanhante. Projeto de pesquisa para conclusão do curso de psicologia hospitalar da Irmandade da Santa Casa de São Paulo. São Paulo; 2004.

Freud S. Luto e Melancolia – Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago; 1915/1917.

Fried RG. Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatol Clin*. 2002 Jan; 20(1):177-85.

Goffman E. Estigmas – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. São Paulo: Zahar; 1980.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29: 453-7.

Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. 377-86.

Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekiz S, Cetin I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *J. Clin Nurs*. 2005 Jul;16(7):1353-60.

Hammell KW. Spinal cord injury rehabilitation. London: Chapman & Hall; 1995.

Hill-Briggs F. Problem solving in diabetes self-management: a model of chronic illness self-management behaviour. *Ann Behav Med*. 2003;25 (3):182-93.

<http://www.santacasasp.org.br>> Acessado 05 julho 2008.

Joseph B. O paciente de difícil acesso. Tradução de BH Mandelbaum. In: Feldman M, Spillius EB, editores. Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 85- 96.

Kloblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective. *Dermatol Clin*. 2005 Oct;23(4):619-27.

Kolck OL. A doença e a imagem corporal: campo fértil de pesquisas. *Boletim de Psicologia*. 1987;37(87): 46-8.

Krall LP. Manual do Diabetes de Joslin. Trad. de Raymundo Soares de Azevedo Neto e outros. São Paulo: Roca; 1983.

Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Lacerda SNL. Diabetes Mellitus na prática médica. Rio de Janeiro: Pirâmide Livro Médico; 1988.

Laplanche J, Pontalis. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1992.

Lenz, I. Lectura critica de la historia y de algunas perspectivas teóricas de la terapia de grupo. II Congreso nacional de Ampag. Querétaro, Qro, Octubre; 1998.

Lianza S. Medicina de reabilitação. Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

- Loureiro MFF, Damasceno MMC, Silva LF, Carvalho ZMF. Ser diabético e vivenciar a amputação: a compreensão psico-fenomenológica. *Esc. Anna Nery Rev. Enf.* 2002 Dez;6(3):475-89.
- Luchina IL. El Grupo Balint, hacia um modelo clinico situacional. Argentina: Paidós; 1982.
- Malerbi, FEK. Adesão ao tratamento. In: Kerbaux R. Sobre comportamento e cognição. Santo André: ESETEC; 2000. v.5.
- Mello Filho J & cols. Grupo e corpo. Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- Mello Filho J, Burd M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
- Meltzer D. Terror, Perseguição, Pavor – Uma dissertação das ansiedades paranóides. Trad. de Mandelbaum BH. In: Spillius E.B. editor. Melanie Klein Hoje – Desenvolvimento da teoria e da técnica. Rio de Janeiro: Imago; 1991. p. 234-42, 1v.
- Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- Muñoz JJA, Daza MH, Aréchiga GB. Procedimientos, técnicas, e información: la psicoterapia de grupo y el concepto de “enlace” en el contexto hospitalario. *Rev. Sanid. Mil.* 1995 Jul/Ago;49(4):89-91.
- Nasri F. Diabetes mellitus no idoso. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Carcado HAX, Gorzoni HL, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 496 – 501.
- Neder M. Saúde, qualidade de vida e instituição hospitalar. *Revista de Psicologia Hospitalar*; 1992;2(2):1-2.
- Novaes MH. Psicologia aplicada a reabilitação. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
- Parkes CM. Seeking and finding lost object: evidence from recent studies of reaction to bereavement. *Soc Sci Med.* 1970; 4:187-210.
- Pitta, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Ponchirolli E. Grupo de amputados: dinâmica de grupo. In: Boccolini, F. Reabilitação: amputados, amputações e prótese. São Paulo: Robe; 1990. p.65-7.
- Rodrigues G, Aguilla LM. Diabetes. *Revista Saúde Brasil Comunidade (São Paulo)* 2003 Out/Nov; 1(2):20.
- Rodriguez AY, Díaz OC, García CRC. Significance of support groups in the integrated management of chronically ill patients. *Gac Med Mex.* 1995 May/Jun; 131(3):329-34.
- Salomão J. Perspectiva do grupo pequeno. In: Perspectivas em psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago. 1972. 165-78.
- Scarinci IC, Almeida HGG, Haddad MCL, Tokushima EH, Ferreira CMA. Atuação da psicologia no atendimento interdisciplinar ao diabético. *Semina.* 1988; 9(3):151-6.

Scazufca M. Abordagem familiar em esquizofrenia. Ver. Brás. Psiquiatr. 2000 Mai; 22(Suppl1):50-2.

Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. Rev. Bras. Psiquiatr. 2002 Mar; 24(1): 12-7.

Scherb E. Deficiência física adquirida por lesão traumática: estudo da auto-imagem. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade São Paulo; 1998.

Simon R. A identificação do psicólogo hospitalar junto à equipe, familiares e pacientes. Revista de Psicologia Hospitalar (São Paulo) 1994 Jul/Dez; 4 (2):11-5.

Simon R. Psicologia Clínica Preventiva: Novos fundamentos. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária; 1989.

Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico – cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993.

Souza CAC, Bueno JR, Mattos P. Fatores psíquicos e a aderência de pacientes diabéticos ao tratamento. Parte 1. Jornal brasileiro de psiquiatria. 1998 Jul;47(7):331-35.

Spichler ERS, Spichler D. Prevenção de amputação de membros inferiores em diabetes. Ars Cvrandi. 1984 Abr; 17(3):105-25.

Torres CW. A criança diante da morte: Desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.

Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

Vague J. The degree of masculine differentiation of obesities: a factor for determining predisposition to diabetes, arteriosclerosis, gout and uric calculous disease. Am J Clin Nutr. 1956;4:20-33.

Vash CL. Enfrentando a deficiência. A manifestação. A psicologia. A reabilitação. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1973.

Vinogradov S, Yalom ID. Psicoterapia de grupo: um manual prático. Trad. de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

Washington DC. Atlas de educación en diabetes en América Latina y el Caribe: inventario de programas para personas con diabetes tipo 2. Organización pan americana de la salud, 2002.

Zagury L. O que é diabetes. In: Orientações Básicas para o Diabético. 2ª ed. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 1993. 9-11.

Zimmerman DE. Grupoterapia psicanalítica. In: Manual de técnica psicanalítica. Uma revisão. Porto Alegre: Artemed. 2004. 383-93.

RESUMO

Franchini MG. Psicoterapia de grupo: reabilitação de pacientes amputados por diabetes tipo II e a inserção de seus cuidadores. Tese (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.

Esta dissertação visa comparar as modalidades de grupos psicoterapêuticos utilizados no processo de reabilitação dos pacientes amputados por diabetes tipo II. A principal variável analisada foi a inserção ou não dos cuidadores no trabalho psicoterapêutico grupal. Participaram dessa pesquisa sete pacientes e seus cuidadores divididos em três grupos, no primeiro grupo estavam quatro pacientes e seus respectivos cuidadores, no segundo grupo três pacientes e no terceiro os cuidadores dos pacientes do segundo grupo. Foram realizadas dez sessões semanais com duração de 50 minutos, sempre com os mesmos participantes. Esses encontros foram estruturados e a pesquisadora trouxe temas específicos para reflexão onde os participantes puderam expor as suas dificuldades relacionadas ao tratamento, à família e à sociedade, inclusive a repercussão emocional do processo pelo qual passavam. Os instrumentos utilizados foram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o inventário MiniMental para avaliação da demência e o inventário de depressão de Beck para avaliar a depressão, assim como as entrevistas semidirigidas antes e depois dos encontros. Através da exteriorização desses sentimentos foi iniciado um processo de elaboração e conscientização dos limites e possibilidades diante da nova realidade. Comparando as entrevistas e analisando as sessões grupais foram observados indícios de mudanças tanto nos pacientes quanto nos cuidadores. As principais mudanças nos pacientes foram uma maior aceitação com relação ao diabetes, a amputação e idéia da prótese, além de uma melhoria no cotidiano, estado mental e no relacionamento com o cuidador. Com os cuidadores também percebeu-se mudanças no cotidiano, na idéia da prótese além de melhorias no relacionamento com o paciente e segundo os cuidadores no estado mental dos pacientes. A pesquisa permitiu concluir que não houve diferença nos grupos psicoterapêuticos em que pacientes e cuidadores estiveram juntos ou aquele em que ambos estavam separados, o que ficou claro foi a importância do cuidador fazer parte no tratamento do paciente amputado por diabetes tipo II.

ABSTRACT

Franchini MG. Groupal psychotherapy : rehabilitation of patients with amputations caused by type ii diabetes and their caretakers insertion. Tese (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.

The present dissertation is intended to compare psychotherapeutic treatment modalities used in the rehabilitation process of type II diabetes patients with amputations. Main variable analysis concerned the insertion or no-insertion of caretakers within the psychotherapeutic working group. The investigation comprised seven patients and their caretakers separated into three groups; the first group included four patients and their respective caretakers, the second group three patients, and the third group included caretakers attending the second group. The subjects participated in 10 weekly sessions with 50 minutes each. During those structured sessions, the investigator presented specific reflexion topics able to lead the participants to expose their difficulties related to treatment, family, and society, including emotional repercussions caused by their present conditions. Investigative instruments were the signed informed consent form and the Mini-Mental Inventory to evaluate dementia status the Beck Depression Inventory to evaluate the depression level as well as semi-guided interviews either previously and following those encounters. Through externalization of feelings, an awareness and elaboration process on limitations and possibilities generated by this new reality could be initiated. Changes either in patients and caretakers could be observed when comparing interview results and groupal sessions analyses. Main changes demonstrated by patients included a higher acceptance level of the diabetes event, amputation, and prosthesis, in addition to their daily life, emotional status, and their caretakers relationship improvement. As to the caretakers, a number of changes were also observed in their daily life, prosthesis understanding, improved relationships with patients, and in accordance with those same caretakers patients emotional conditions were also improved. Investigation results enabled to conclude that no differences could be observed between the psychotherapeutic groups in which patients and caretakers worked together or in that group in which patients and caretakers were separated. Thus, great importance could be assigned to the caretakers presence during either treatment and rehabilitation processes in the type II diabetes patient with amputation.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)