

# Psicoterapia de grupo para pacientes diabéticos amputados e seus cuidadores

Group psychotherapy of diabetes patients with amputations and their caretakers

Márcia Gruber Franchini<sup>1</sup>, Mariângela Gentil Savoia<sup>2</sup>

## Resumo

O objetivo deste artigo foi comparar as modalidades de grupos psicoterapêuticos utilizados no processo de reabilitação de pacientes amputados por diabetes tipo II. A principal variável analisada foi a inserção ou não dos cuidadores no trabalho psicoterapêutico. 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. Esses encontros foram estruturados e a pesquisadora trouxe temas específicos para reflexão onde os participantes puderam expor as dificuldades relacionadas ao tratamento, à família e à sociedade, inclusive a repercussão emocional do processo pelo qual passavam. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semidirigidas antes e depois dos encontros. Comparando as entrevistas e analisando as sessões grupais foram observados indícios de mudanças tanto nos pacientes quanto nos cuidadores, mas não entre os grupos. Nos pacientes observou-se uma maior aceitação com relação ao diabetes, a amputação e idéia da prótese, além de uma melhora no cotidiano, estado mental e no relacionamento com o cuidador. Os cuidadores também observaram mudanças no cotidiano, e melhoras no relacionamento com os pacientes. De qualquer forma, tendo em vista a repercussão nas mu-

danças práticas, a observação clínica mostrou a importância da inserção dos cuidadores, porque são eles que dão suporte e auxílio aos pacientes, o que pode repercutir na melhora do tratamento de reabilitação.

**Descritores:** Idoso, Cuidadores, Diabetes mellitus tipo 2/ psicologia, Amputação, Psicoterapia de grupo

## Abstract

The present article had the aim to compare two modalities of group psychotherapy used in the rehabilitation process of type II diabetes patients with amputations. Main variable analysis concerned the insertion or no-insertion of caregivers within the psychotherapeutic group. The investigation comprised seven patients and their caregivers separated into three groups; the first one included four patients and their respective caregivers, the second group, three patients, and the third included caregivers 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. Comparing the interviews and analyzing the group sessions were observed evidence of changes in both patients and caregivers, but not between groups. In patients showed a higher acceptance with respect to diabetes, amputation and prosthesis idea, and an improvement in daily life, mental status and relationship with the caregiver. Caregivers also observed changes in daily life, and improvements in relationships with patients. Anyway, in order to effect changes in practices, clinical observation showed the importance of the inclusion of caregivers because they are giving support and assistance to patients, which may influence the improvement of rehabilitation treatment

**Key words:** Aged Caregivers; Diabetes mellitus, type 2; Amputation; Psychotherapy, group

## Introdução

O diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica

1. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretora do Programa Alô Sênior

2. Pesquisadora do Programa Ansiedade do Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP IPq-HC-FMUSP). Coordenadora do Núcleo Conscientia – Estudos de Comportamento e Saúde Mental

**Trabalho realizado:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Centro de Reabilitação

**Endereço para correspondência:** Mariângela Gentil Savoia. Av. Angélica 2632 cj 62 – 01228-200 - São Paulo – SP – Brasil. Fax: 3159 1225. E-mail: mangy.savoia@globocom

Marcia Gruber Franchini. Rua Barão de Itapetininga 151 cj 52/53 – Praça da República – 01042-909 - São Paulo – SP – Brasil. E-mail: marciagruber@hotmail.com

complexa, multifatorial. Sua etiologia inclui fatores genéticos e/ou ambientais. O tipo II (não insulino-dependente), acomete pessoas acima de 40 e 50 anos<sup>(1)</sup>, está associado a uma diminuição na sensibilidade das células de insulina e baixa na sua produção, e fortemente associado a obesidade e o sedentarismo<sup>(2)</sup>. Na população brasileira, a prevalência do diabetes melittus é de 7,4%; entretanto, na população idosa, ou seja, na faixa etária acima de 60 anos, é de 17,4%.

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. Para o diabético tipo II, é necessária uma mudança radical em hábitos já enraizados e não apenas uma adaptação progressiva<sup>(3)</sup> o que dificulta seguir as orientações dos profissionais da saúde. Quando não seguidas corretamente as instruções médicas, algumas conseqüências são inevitáveis, como a amputação de um membro<sup>(4)</sup>. Em pesquisa realizada para determinar a situação funcional de pacientes submetidos à amputação de membro inferior decorrente do diabetes, após período de dois anos ou mais, Buzato et al (2001)<sup>(5)</sup> 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.

Diante desse quadro clínico, o indivíduo sofre forte impacto emocional por estar perante uma situação dolorosa. “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.”<sup>(6)</sup> Esse movimento faz com que o familiar deixe de viver sua própria vida para viver a “doença” do paciente. Para Barcelo et al (2002)<sup>(7)</sup>, perceber a organização desse contexto de relações contribui para que os profissionais de reabilitação possam entender melhor como o paciente se comporta.

Além dessas novas forças dentro do contexto familiar, família e paciente passam a viver em um novo ambiente: o hospital. Nesse novo contexto, os sujeitos envolvidos passam a sofrer seus impactos “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”<sup>(8)</sup>. No ambiente hospitalar, não é só o corpo que deve ser tratado. 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/família tem por objetivo captar suas dificuldades e atuar na reabilitação<sup>(8)</sup>.

Cummings (1992)<sup>(9)</sup> 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 e um bom suporte familiar faz melhor uso dos serviços médicos. “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.”<sup>(10)</sup>

Por todos os fatos levantados, a questão que surge é a necessidade da equipe de reabilitação responsável pelo indivíduo amputado ter dele uma visão global para favorecer a sua motivação e dedicação ao tratamento<sup>(11)</sup> e o desafio lançado aos profissionais de saúde é encontrar técnicas adequadas que o ajudem a aderir ao tratamento, sempre levando em consideração a relação sujeito-cuidador-instituição hospitalar. A equipe de psicologia nesta abordagem multidisciplinar tem muito a contribuir para este paciente idoso, diabético e amputado, principalmente com relação a novas propostas de intervenção<sup>(12)</sup>. Portanto o presente estudo teve como objetivo comparar duas modalidades de grupos psicoterapêuticos, com e sem inclusão dos cuidadores no processo de reabilitação de pacientes idosos amputados por complicações do diabetes tipo II.

## Método

### Sujeitos

Foram selecionados 14 sujeitos, 7 pacientes com idade entre 51 e 73 anos e 7 cuidadores entre 38 e 70 anos. Os critérios de inclusão foram: pacientes com um ou os dois membros inferiores amputados (perna ou pé), com diagnóstico de diabetes tipo II, estar em tratamento reabilitacional no Centro de Reabilitação da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SP), e que seus cuidadores participassem (responsáveis pela assistência diária). Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: pacientes com sintomas de demência e/ou de depressão grave e cuidadores com sintomas de depressão grave. Os sujeitos selecionados após estarem cientes do objetivo e funcionamento do trabalho assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Instrumentos

Para avaliar a inserção dos pacientes e seus cuidadores foram aplicados os seguintes inventários: Miniexame do Estado Mental - MMSE<sup>(13)</sup>/ traduzido e validado por Bertolucci et al, 1994<sup>(14)</sup>, para avaliar sinais de demência; e Inventário de Depressão de Beck - BDI<sup>(15)</sup>/ traduzido e validado por Gorenstein, Andrade, 1996<sup>(16)</sup>, para avaliar sintomas de depressão.

Aos sujeitos selecionados foram utilizadas entrevistas semidirigidas com roteiro. Antes do tratamento, as questões dirigidas aos pacientes versavam sobre estratégias de enfrentamento ao diabetes tipo II e a amputação; quais as expectativas diante do grupo psicoterapêutico; qual opinião sobre a participação do cuidador no grupo; quais suas impressões sobre o relacionamento entre eles; e qual o significado da prótese em suas vidas. Quanto aos cuidadores, as questões tinham por objetivo averiguar qual o impacto da doença e da amputação no seu cotidiano; como ajudavam e se relacionavam com o paciente, quais as dificuldades encontradas nessa relação; quais as expectativas quanto ao tratamento psicológico de grupo e a respeito da prótese; como percebiam a si mesmos e ao paciente emocionalmente.

Após o tratamento investigou-se a percepção de ambos (pacientes e cuidadores) nas mudanças dos aspectos: tratamento psicoterapêutico grupal, tratamento reabilitacional, mudanças no relacionamento entre ambos, dificuldades do dia-a-dia, expectativas quanto à prótese e percepção do estado emocional.

### Procedimentos

O presente estudo foi realizado no Centro de Reabilitação da Santa Casa de São Paulo, com equipe multidisciplinar que tem como objetivo a reabilitação de pacientes do hospital, com problemas neuromusculares. Os pacientes e seus cuidadores foram selecionados durante as sessões de fisioterapia pelo fisioterapeuta. Após o término da terapia física, paciente e cuidador eram convidados pela pesquisadora, a participar da pesquisa. Foram avaliados com relação aos critérios de inclusão e exclusão e aos pacientes selecionados foi aplicada a entrevista semidirigida e posteriormente foram alocados nos grupos terapêuticos. Os sujeitos foram divididos em três grupos. O primeiro grupo, composto por quatro pacientes e seus cuidadores, totalizando oito participantes; o segundo, incluía três pacientes e o terceiro, em número de três, era formado pelos cuidadores dos pacientes do segundo grupo.

Os grupos se reuniram uma vez por semana, em dez encontros, com duração de 50 minutos cada. O objetivo do primeiro encontro foi estabelecer o contrato terapêutico destacando: a importância do tratamento psicológico grupal e do aproveitamento daquele espaço terapêutico; o número de sessões e o tempo de duração de cada encontro, a questão do sigilo.

As sessões foram estruturadas em temas: Apresentação (1º); Diabetes (2º e 3º); Amputação (4º e 5º); Prótese (6º); Relacionamento familiar (7º); Relacionamento paciente e cuidador (8º), Tratamento (9º) e Tema Livre (10º). Os encontros foram transcritos pela

psicóloga imediatamente após o término de cada encontro. Após os dez encontros foram realizadas entrevistas estruturadas.

### Análise dos dados

Utilizou-se a análise de conteúdo, abordagem utilizada para dados em investigações com métodos qualitativos<sup>(17)</sup>. As entrevistas, analisadas a partir desse enfoque, foram categorizadas por meio do conteúdo das respostas do discurso dos participantes. Essa categorização foi avaliada por um juiz independente, e a fórmula utilizada associou o resultado do juiz dividido pelo resultado da pesquisadora vezes 100.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sob o nº 321/05.

### Resultados e Discussão

A amostra reduzida refletiu a dificuldade de preencher o critério de inclusão onde os cuidadores tivessem disponibilidade de participar do tratamento.

Os grupos terapêuticos foram comparados com relação ao gênero e idade. No G1 os pacientes foram 3 homens e 1 mulher que apresentaram média de idade de 61 anos e os cuidadores 3 mulheres e 1 homem com aproximadamente 60 anos e 7 meses. O G2 participaram 2 homens e 1 mulher com média de 62 anos e 3 meses e os cuidadores do G3 tinham cerca de 54 anos e 3 meses com 3 mulheres.

Devido ao número de participantes pequeno, não foi possível fazer uma análise estatística paramétrica, mas pode-se observar que em relação à idade e gênero os grupos eram homogêneos.

Com relação ao diagnóstico os pacientes relataram que sentiram dificuldade em aceitá-lo em decorrência não seguiram corretamente as orientações médicas, o que acabou por desencadear a amputação. Ao receberem a notícia da amputação, muitos demonstraram intenso sentimento de culpa. Nas sessões iniciais, os pacientes apresentaram dificuldade em falar sobre culpa e arrependimento, conseguindo melhor expressão após algumas sessões, quando sentiram-se mais vinculados a terapeuta e ao grupo. 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<sup>(18)</sup>. Os pacientes demonstraram a existência de mecanismos de defesa a serviço da resistência, da negação, da onipotência e de atitudes persecutórias nos momentos da descoberta do diabetes e da amputação. Muitos autores expõem a presença da resistência até se alcançar o processo de aceitação da realidade. Kübler-Ross (1998)<sup>(19)</sup>, por exemplo, esclarece a fase da

aceitação como aquela em que, após o indivíduo ter passado por estágios anteriores que ela descreve 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.

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, como podemos observar nas Tabelas 1 e 2, resultados de acordo com as observações de Mello Filho (2000)<sup>(20)</sup>. O autor 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<sup>(20)</sup>.

A maioria dos pacientes, antes e após os encontros grupais, ressaltou a importância da prótese, referindo-se ao desejo de voltar a andar e de ter independência. Boccolini (1990)<sup>(21)</sup> e Cavalcanti (1994)<sup>(22)</sup> 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, “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”<sup>(23)</sup>. Para que isso ocorra, segundo Parkes (1970)<sup>(24)</sup>, o indivíduo deve passar por algumas fases do luto: impacto ou choque pela perda; tentativa de reaver o objeto perdido (desejo da prótese); admissão da derrota (caracterizada pelo desespero) e readaptação do paciente ao seu mundo externo e reorganização de seu mundo interno. Pôde-se observar um 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 encontros grupais, acreditaram estar controlando o medo e sentindo-se independentes. Os demais permaneceram estáveis emocionalmente. Salomão (1972)<sup>(25)</sup> resalta 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 gru-

Tabela 1

**Resumo das entrevistas com os pacientes do grupo 1.**

<i>Grupo 1</i>	<i>Antes da Psicoterapia</i>	<i>Depois da Psicoterapia</i>
Mudanças de Hábitos em decorrência do Diabetes	Práticas de exercícios físicos(2); tomar medicação(2) e parar de beber(1).	Cautela(1); dieta/emagrecimento(2); controle(1).
Amputação	Desespero(2), negação(2), ideação suicida(2) e confusão mental(1).	Independência(1); maior aceitação(1); retornou as atividades(1); adaptação com o andador(1).
Prótese	Sonho(1), autonomia(1), dificuldade(1), voltar a andar(1).	Melhor para andar(2); voltou ao trabalho(1); independência(1).
Tratamento Psicológico	Aceitação(1), ajudar o cuidador(1), auxílio e entendimento(1), contato com outras pessoas(1), orientação(1).	Bom/ Ótimo(4); aprendizagem(1); falar dos problemas(1); conhecer pessoas(1).
Participação do cuidador no grupo	Equilíbrio emocional(1), ajuda no enfrentamento da situação(2), dificuldades e entendimento(1).	Consciente das dificuldades(1); ver problemas de outra forma(1); mais paciente(1); falar da doença(1).
Relação com o cuidador	Bom(2), pessoa presente(1), prestativo(1), regular(1), magoa(1), controle emocional(1) e autoritarismo(1).	Melhorou(4); aceitação(1); conversa mais(1); mais paciência(1); aprendizado(1).
Estado Emocional	Revolta(1), negação da realidade(2) e desespero(1).	Bom/ótimo(4); melhor aceitação(2); menos ansiedade(1); segurança e independência(1); melhorou o estado depressivo e dependente(1).

(número de pacientes)

As respostas dos pacientes poderiam se referir a mais de uma categoria. Nível de concordância pesquisadora e juiz foi de 82%.

Tabela 2

**Resumo das entrevistas com os pacientes do grupo 2.**

Grupo 2	Antes da Psicoterapia	Depois da Psicoterapia
Mudanças de Hábitos em decorrência do Diabetes	Tomar medicação(3).	Conscientização(3); sem abusos(1)
Amputação	Tristeza(1), aceitação(1), culpa(1) e choque(1).	Perceber a necessidade da prótese(1); enfrentamento e pensamento positivo(1); bem estar(1); retorno as atividades(1).
Prótese	Voltar a andar(2), segurança(1) e visual bonito(1).	Maior independência(2); equilíbrio e segurança(1).
Tratamento Psicológico	Conversas(2); explicações(2) e ajuda(1).	Bom/ótimo(3); entendimento e aprendizagem(2); amizades(1).
Participação do cuidador no grupo	Bom/ótimo(3); sentir-se melhor(1); esclarecimentos(1); controle emocional(3).	Bom/ótimo(3).
Relação com o cuidador	Bom/ótimo(2); presente e prestativo(2); regular(1); magoa(1); autoritarismo(1); controle emocional(1).	Sim(2); não pois já era bom(1); entendimento(1); tolerância(1).
Estado Emocional	Negação(3).	Regular(2); boa(1); consegue andar(1); altos e baixos(1), dificuldade e lembrança(1).

(número de pacientes)

As respostas dos pacientes poderiam se referir a mais de uma categoria. Nível de concordância pesquisadora e juiz foi de 91%

pais, os pacientes acusaram melhora no entendimento, na aceitação e na tolerância, revelando que o grupo foi além da simples troca de informações entre eles.

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<sup>(26,27)</sup>.

A inserção dos familiares no tratamento foi fundamental para as mudanças observadas e relatadas pelos pacientes e cuidadores. Mello Filho (2000)<sup>(20)</sup> 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. No presente estudo, o grupo psicoterapêutico foi fechado para os participantes selecionados, a presença do cuidador não era optativa e a forma de operacionalização era outra, porém mudanças semelhantes puderam ser observadas, como pode ser notado nas Tabela 3 e 4.

Os cuidadores relataram que inicialmente se sentiram abalados com a descoberta da doença de seu parente próximo. 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. A partir do momento que puderam aceitar o convite para participar do processo psicoterápico grupal, puderam experimentar um espaço ativo e relevante nesse processo<sup>(28)</sup>.

De acordo com Neder (1992)<sup>(29)</sup>, a família geralmente encontra-se tensa, com medo e ansiosa e na maioria das vezes disposta a ajudar. Em certas situações pode agir inadequadamente, devido as diversas variáveis sócio-ambientais e emocionais envolvidas, e por isso a autora afirma que os familiares também devem ser foco de atenção nesse processo.

No que diz respeito ao relacionamento com os diabéticos, a maioria negou inicialmente dificuldades nesse aspecto. 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. O grupo possibilitou 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.

Isso corrobora o estudo de Hull\* (apud Esslinger, 2003)<sup>(30)</sup> sobre a atenção que estes cuidadores de pa-

\* Hull APUD Esslinger, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. [Tese] Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia; 2003.<sup>(30)</sup>

Tabela 3

**Resumo das entrevistas com os cuidadores do grupo 1.**

<i>Grupo 1</i>	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>
Cuidados com as dificuldades	Cuidados diários(3); viver a vida do paciente(1).	Aprendizado(3); ajuda dos outros(1).
Relacionamento com o paciente	Bom(2); Regular(2); companheirismo(1); compreensão(1); explosivo/genioso/nervoso(3).	Maior compreensão((1); mais paciência(1); aceitação(1); já tinha bom relacionamento(1).
Participação no grupo psicoterapêutico	Bom(4); aceitação do paciente(1); separação das vidas(1); ajuda dos médicos(1); conversar sobre o assunto.	Expectativas superadas(3); pode ajudar(1); aprendizagem(2); conhecer pessoas(1).
Prótese	Independência(3); incômodo(1).	Independência(3); considerou melhor não colocar(1).
Estado Emocional	Consideram regular(2); ruim(1); bom(1); abalo/tristeza(2); dificuldades(1); lembranças(1); Esquece de si(1); paciência(1); readaptação da vida(1); conversa e cuida(1).	Regular(4); pouco cuidado consigo(1); dificuldades(2); oscilação de humor e esquecimentos(1).
Estado Emocional do paciente	Bom(2); regular(1); ruim(1); força de vontade(1); negação(2).	Bom/ Ótimo(4); aceitação(2); independência(1); luta (2); menos nervosismo(1).

(número de pacientes)

As respostas dos cuidadores poderiam se referir a mais de uma categoria. Nível de concordância pesquisadora e juiz foi de 100%

Tabela 4

**Resumo das entrevistas com os cuidadores do grupo 3.**

<i>Grupo 3</i>	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>
Cuidados com as dificuldades	Ajuda de Deus(1); cuidados diários e ajuda dos profissionais(1); dependência, adaptação e tratamento(1).	Aprendizagem(2); ajuda e percepção(1).
Relacionamento com o paciente	Bom/ótimo(3); medo de discriminação(1); broncas(1); melhorou após amputação(1)	Melhorou(3); Mais vida própria(2); teve maior ajuda de outros parentes(1); paciência e entendimento(1).
Participação no grupo psicoterapêutico	Bom(2); dificuldade em falar(1); convite inesperado(1).	Bom/ótimo/importante(3); expectativas superadas(2); aprendizagem(2); ajuda e percepção(1)
Prótese	Independência(2); incômodo(1)	Importância(2); independência(1); percepção do pé(2); melhor sem(1).
Estado Emocional	Regular(2); bom(1); choros/abalado(2); dificuldade de sair(1); Descuido de si mesmo(1); paciência(1); readaptação(1),	Regular(2); Bom(1); auxilia no tratamento(2); entendimento e aceitação(1).
Estado Emocional do paciente	Boa/ótima(3); gosta mais dele(1); independência(1); não reclama(1).	Boa(2); Regular(1); maior independência(2); divide problemas(1); não reclama(1); negação e abusos(1)

(número de pacientes)

As respostas dos cuidadores poderiam se referir a mais de uma categoria. Nível de concordância pesquisadora e juiz foram de 93%

cientes gravemente enfermos 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. Da mesma forma, Mello Filho, Burd (2004)<sup>(10)</sup> 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.

Muitas vezes, além das dificuldades para lidar com o paciente, os cuidadores sentem dificuldade de relacionamento com a equipe de profissionais. O contato pode ser positivo, permeados por sentimentos de gratidão, credibilidade ou negativos envolvendo a inveja, a dependência, a possessividade e outras atitudes relacionadas a mecanismos de projeção por estarem falhando como cuidadores<sup>(31)</sup>. Diante dessa realidade, os profissionais da área de reabilitação, devem ter uma atenção especial também com o cuidador do paciente, pois além de sua grande função quanto a continuidade do tratamento pelo paciente, eles enfrentam dificuldades emocionais e um apoio acaba por ser imprescindível<sup>(32)</sup>.

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, no qual todos, pacientes e cuidadores, disseram manter um bom relacionamento com os profissionais.

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.

O foco das discussões se voltou para as conseqüências práticas da amputação e seus reflexos no cotidiano, sendo que, nesses aspectos, houve mudanças significativas na vida de cada um dos participantes. Da mesma forma, Simon (1994)<sup>(33)</sup> ressalta que o psicólogo atuando como elemento de ligação entre paciente e família, pode acolher o problema, oferecendo espaço para uma descarga emocional; depois esclarece e orienta, para que, a partir daí, todos possam se reorganizar. Essa idéia também é discutida por Mello Filho, Burd (2004)<sup>(10)</sup>, 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 tranquilamente. O diálogo franco é essencial

em qualquer situação e a participação do paciente deve sempre ser valorizada. Em seu trabalho, Göz et al (2005)<sup>(34)</sup> concluíram que, na medida em que se aumenta a rede de apoio social, melhora a qualidade de vida do portador do diabetes.

A visão contemporânea de reabilitação, segundo Hammel (1995)<sup>(35)</sup>, 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.

## 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 observação clínica mostrou a importância da inserção dos cuidadores, porque são eles que dão suporte e auxílio aos pacientes, o que pode repercutir na melhora do tratamento de reabilitação.

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.

## Referências Bibliográficas

1. Rodrigues G, Aguilla LM. Diabetes. Rev Saúde Brasil Comum. 2003; 1:20-3.
2. Cleator J, Wilding, J. Obesity and diabetes. Nursing Times. 2003; 99:15:54-5.
3. Nasri F. Diabetes mellitus no idoso. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Carcado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.496-501.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Avaliação e conduta aos pacientes com diabetes mellitus. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. v.3, p.873-99.

5. Buzato MAS, Tribulatto EC, Costa SM, Zorn WGW |, VB, van Belen B. Amputados de membros inferiores: a condição dos pacientes dois anos depois. *An Paul Med Cir*. 2001; 128:111-9.
6. Carter B, Mcgoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 510p.
7. Barcelo A, Karkashian CD, Duarte de Muñoz E. 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.
8. Campos TCP. As interfaces da atuação do fisioterapeuta e do psicólogo junto ao paciente no contexto hospitalar. *Mundo Saúde*. 2003; 27:446-51.
9. Cummings NA. Psychologists: an essential component to cost-effective, innovative care. In: Weitz RD (ed). *Psychotherapy in independent practice: current issues for clinicians*. New York: Haworth Press; 1992. p.137-43.
10. Mello Filho J, Burd M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
11. Pinto MAGS. A reabilitação do paciente amputado. In: Lianza S (coord.). *Medicina de reabilitação*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.170-87.
12. Bruscato WL. A psicologia no hospital da misericórdia: um modelo de atuação. In: Bruscato WL, Benedetti C, Lopes SRA. (orgs.). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.17-31.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12:189-98.
14. Bertolucci PHE, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561-71.
16. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a 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.
17. 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.
18. Loureiro MFF, Damasceno MMC, Silva LF, Carvalho ZM Figueiredo. Ser diabético e vivenciar a amputação: a compreensão psico-fenomenológica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2002; 6:475-89.
19. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1998. 296p.
20. Mello Filho J. Grupo e corpo. *Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artmed; 2000. 435p.
21. Boccolini E. O amputado: considerações gerais. Aspectos psicológicos. In: Bocollini E. *Reabilitação: amputados, amputações, próteses*. São Paulo: Robe Editorial. 1990. p.7-13.
22. Cavalcanti MCT. Adaptação psicossocial à amputação de membros. *J Bras Psiquiatr*. 1994; 43:71-4.
23. Benedetto, KM, Forgione, MCR, Alves, VLR. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátr*. 2002; 9:85-9.
24. Parkes CM. Seeking and finding lost object: evidence from recent studies of reaction to bereavement. *Soc Sci Med*. 1970; 4:187-210.
25. Salomão J. Perspectiva do grupo pequeno. In: Maré PB, Salomão J. *Perspectivas em psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Imago; 1972. p.165-78.
26. Hill-Briggs F. Problem solving in diabetes self-management: a model of chronic illness self-management behaviour. *Ann Behav Med*. 2003; 25:182-93.
27. Anderson R, Funnel M, Carlson A, Saleh-Statim N, Craddock S, Skinner TC. Facilitating self-care through empowerment. In: Snoek FJ, Skinner TC, (eds). *Psychology in diabetes care*. New York: John Wiley & Sons; 2000. p.69-97.
28. Ponchiroli E. Grupo de amputados: dinâmica de grupo. In: Boccolini, F. *Reabilitação: amputados, amputações e prótese*. São Paulo: Robe; 1990. p.65-7.
29. Neder M. Saúde, qualidade de vida e instituição hospitalar. *Rev Psicol Hosp*. 1992; 2:1-2.
30. Esslinger, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. [Tese] Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia; 2003.
31. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1994. 1998.
32. Burisch TG, Bradley LDA. *Coping with chronic disease: research and applications*. New York: Academic Press; 1983. 512p.
33. Simon R. A identificação do psicólogo hospitalar junto à equipe, familiares e pacientes. *Rev Psicol Hosp*. 1994; 4:11-5.
34. 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; 16:1353-60.
35. Hammell KW. *Spinal cord injury rehabilitation*. London: Chapman & Hall; 1995. 349p.

Trabalho realizado: 12/12/2012

Trabalho aprovado: 04/04/2013