



MARINALVA SODRÉ ZACARKIM

**PSICOTERAPIA BREVE PARA ACOMPANHANTES DE PACIENTES
RENAIS – UM ESTUDO DE CASO**

**Sinop/MT
2020**

MARINALVA SODRÉ ZACARKIM

**PSICOTERAPIA BREVE PARA ACOMPANHANTES DE PACIENTES
RENAIS – UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca avaliadora do curso de Psicologia, do Centro Universitário UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Simone Ferreira.

**Sinop/MT
2020**

MARINALVA SODRÉ ZACARKIM

**PSICOTERAPIA BREVE PARA ACOMPANHANTES DE PACIENTES
RENAIS – UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca avaliadora do curso de Psicologia – UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de 2020.

Esp. Simone Ferreira
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXXXX
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXXXX
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Esp. Ana Paula Pereira César
Coordenadora do Curso de Psicologia
UNIFASIPE

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia à minha querida mamãe: Maria Ivone Tavares Sodré (*in memoriam*), por ter passado, com sofrimento, por uma doença crônica nos rins. Perdeu um rim, passou pelo transplante do outro e mesmo assim essa doença acabou por ceifar-lhe a vida. Obrigada, minha mãe, pelo pouco tempo que tive você, pois você me deixou exemplos maravilhosos de como ser uma mulher e principalmente uma mãe de fibra, guerreira e principalmente temente a Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Ao meu esposo Carlos Alberto, por compreender as ausências e abrir mão de algumas de suas conquistas para que eu pudesse realizar o sonho de ser psicóloga.

À professora Cleoní Regauer, pela disponibilidade e contribuição.

À professora Stella Maris, pelas orientações e, sobretudo, pela leveza e carinho com que sempre me tratou.

Às minhas filhas: Renata, Mileidy e Nívea, pelo constante apoio.

À minha amiga Ednéia Cruz por fazer a minha caminhada mais leve e feliz.

À professora Simone Ferreira, orientadora deste trabalho, por ser ética, generosa e acreditar em meus propósitos.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar a alma humana, seja apenas outra alma humana”.

(Carl Jung)

RESUMO

O acompanhamento ao paciente renal que faz tratamento hemodialítico é um trabalho desgastante e difícil de ser realizado. Este trabalho teve por objetivo a realização de uma Psicoterapia Breve com alguns desses acompanhantes com foco específico na atuação do Psicólogo Hospitalar, por meio de um olhar mais humanizado sobre esses acompanhantes, que também sofrem angústias e alguns conflitos nesta árdua jornada ao lado do paciente renal. A Psicoterapia Breve, por meio da abordagem teórica psicológica, a TCC - Terapia Cognitivo Comportamental, foi realizada com um pequeno grupo, onde cada participante pôde compartilhar seus medos, angústias e conflitos. Ao compartilhar, os integrantes do grupo perceberam que não são os únicos, mas que os outros também passam pelos mesmos problemas e dificuldades, dessa forma, falando e ouvindo, ocorreu uma integração entre eles. A Psicoterapia Breve, levou os integrantes do grupo a uma transformação de pensamentos, que conduziu a uma mudança de sentimentos e conseqüentemente à transição de comportamentos.

Palavras-chave: Acompanhante. Hemodiálise. Psicoterapia Breve.

ABSTRACT

The monitoring of renal patients undergoing Hemodialysis is an exhausting and difficult task. This work had as objective the accomplishment of a Brief Psychotherapy with some of these companions with a specific focus, of the performance of the Hospital Psychologist. With a more humanized look at these companions who also suffer anguish, and some conflicts in this arduous journey alongside the renal patient. Brief Psychotherapy, through the theoretical psychological approach, CBT - Cognitive Behavioral Therapy, was carried out with a small group, where each participant can share their fears, anxieties and conflicts. When sharing, the group members realized that they are not the only ones, but that the others also go through the same problems and difficulties, so, speaking and listening, there was an integration between them. Brief Psychotherapy, led the group members to a transformation of thoughts, which led to a change of feelings and consequently to the transition of behaviors.

Keywords: Brief Psychotherapy. Companion. Hemodialysis.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gráfico que mostra as Mudanças Emocionais sentidas pelos acompanhantes de pacientes renais.....	48
Gráfico 2: Gráfico que mostra se os acompanhantes passaram por mudanças em sua visão da vida.	49
Gráfico 3: Gráfico que mostra mudanças na rotina de vida dos acompanhantes de pacientes renais.....	50
Gráfico 4: Gráfico que mostra a ocorrência de ansiedade durante o acompanhamento.....	51
Gráfico 5: Gráfico que se refere à depressão decorrente do acompanhamento ao paciente. ...	52
Gráfico 6: Gráfico que se refere ao sentimento de angústia na espera do tratamento hemodialítico.	53
Gráfico 7: Gráfico que se refere à participação dos acompanhantes em Grupo de Terapia Breve.....	54
Gráfico 8: Gráfico que se refere ao questionamento: compartilhar as emoções ajuda os acompanhantes?.....	55
Gráfico 9: Gráfico que se refere ao conhecimento sobre as Doenças e Tratamentos Renais...	56
Gráfico 10: Gráfico que se refere ao tempo de acompanhamento ao Paciente.	57
Gráfico 11: Gráfico referente à pergunta: para diminuir as Angústias e Ansiedade o acompanhante faz algo?.....	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Psicologia Hospitalar	14
2.2 Hemodiálise	17
2.3 Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)	19
2.3.1 Pensamentos Automáticos	20
2.3.2 Crenças Intermediárias	21
2.3.3 Crenças Centrais	21
2.3.4 Crenças Disfuncionais	22
2.3.5 Psicoeducação	22
2.3.6 Reestruturação Cognitiva	23
2.3.7 O Psicólogo na Terapia Cognitivo Comportamental	24
2.4 Psicoterapia Breve	25
2.4.1 O “Foco” na Psicoterapia Breve	26
2.4.2 Vantagens da Psicoterapia Breve na Terapia Cognitivo Comportamental	27
2.4.3 Modelo Integrativo ou Eclético	28
2.5 Psicoterapia Breve em Grupos	28
2.5.1 Alvos da terapia em grupos	29
2.5.2 Aspectos Especiais da Psicoterapia de Grupo	29
2.5.3 A terapia em Grupo com os Acompanhantes dos Pacientes	32
2.6 A família do Paciente Renal	33
2.6.1 A Família e a Espera	34
2.7 O Trabalho do Psicólogo junto aos Acompanhantes de Pacientes Renais	36
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 Tipo de Pesquisa	39
3.2 População e Amostra	39
3.3 Instrumentos de Coleta de Dados	40
3.4 Coleta de dados	40
3.5 Planejamento das sessões	41
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	48
4.1 Relato das Sessões de Psicoterapia Breve Realizadas	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67

APÊNDICES	74
------------------------	----

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trouxe uma revisão bibliográfica direcionada através da Psicoterapia Breve com acompanhantes de pacientes renais em tratamento hemodialítico. Apresentou-se no referencial teórico uma caracterização da Psicologia Hospitalar, que tem seu trabalho direcionado à atuação do Psicólogo Hospitalar, que, no caso aqui descrito, está relacionada não apenas ao paciente portador da insuficiência renal em tratamento hemodialítico, mas principalmente com os acompanhantes desses pacientes, realizando um trabalho em grupo com a aplicação da Psicoterapia Breve.

Diante do aumento de pacientes em tratamento hemodialítico, a Psicologia Hospitalar vem trazer a essas pessoas e a seus acompanhantes um olhar humanizado para a realização do acolhimento desses acompanhantes, que muitas vezes ficam esquecidos durante o tempo em que passam à espera do tratamento feito pelo paciente que ele acompanha. O Psicólogo hospitalar realiza o seu trabalho através da escuta dos problemas psicológicos que englobam: as emoções, conflitos e angústias constantes vivenciadas pelas pessoas que permanecem um longo tempo hospitalizadas ou em tratamento. O paciente que realiza tratamento hemodialítico permanece por muitas horas em hospitais ou clínicas, realizando o tratamento que ocorre três vezes na semana, com aproximadamente quatro horas cada sessão.

Atuou-se por meio da Psicologia Hospitalar no Centro de Tratamento Renal (CTR) de Sinop-MT, junto aos acompanhantes dos pacientes através da abordagem teórica: Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).

A Terapia Cognitiva Comportamental tem suas bases nos princípios de que as cognições, de forma controladora, podem influenciar as emoções e comportamentos dos indivíduos, além de afirmar que o modo de agir ou de se comportar de cada um afetam de forma profunda os pensamentos e emoções. Sendo assim, os pensamentos acabam sendo influenciados pelos sentimentos, que por sua vez, influenciam os comportamentos. A atuação do Psicólogo com essa abordagem é direcionada através de uma psicoeducação, que leva ao estudo das crenças centrais, além das outras crenças que cada um desenvolve ao longo de sua vida. A fim de realizar uma reestruturação cognitiva, com o objetivo de auxiliar o paciente na resolução de seus problemas emocionais.

Devido ao curto espaço de tempo para a realização desse trabalho, a atuação psicológica foi feita através da Psicoterapia Breve, que permitiu o desenvolvimento do trabalho de uma forma concisa e com um grupo menor de pessoas. A Psicoterapia Breve

trabalha com um foco principal, o que facilita a atuação psicológica no estabelecimento das sessões, que foram realizadas em um prazo curto; além de dirigir o tratamento, esse foco ajudou tanto o paciente quanto o terapeuta nas soluções dos problemas. Como esse trabalho foi realizado em grupo, o foco foi definido com relação ao problema principal de cada um dos acompanhantes e o que eles sofrem dia a dia em sua tarefa de acompanhamento ao paciente renal. O grupo fez com que cada um sentisse a dor do outro e percebesse que ouvir e falar sobre seus problemas deixa a vida mais leve.

O trabalho da acadêmica junto aos acompanhantes de pacientes renais levou em consideração principalmente o tempo que eles passam esperando sem ter com quem compartilhar as suas angústias e dificuldades, percebendo assim a necessidade não só do paciente, mas de sua família e de seu acompanhante. Esse trabalho trouxe ao acompanhante a oportunidade de um espaço, um tempo para compartilhar suas dificuldades e angústias. O trabalho em grupo estabeleceu conexões afetivas, interações e, além disso, facilitou a escuta de um para com o outro.

A problematização desta pesquisa está pautada no seguinte questionamento: Quando o paciente renal começa a necessitar do tratamento da hemodiálise, tanto ele como sua família, na maioria dos casos, não estão preparados para as mudanças drásticas que esse tratamento acarretará em suas vidas. O acompanhante não foi preparado para esse trabalho, e não haverá tempo para esse preparo. Diante do exposto questiona-se: A Psicoterapia Breve poderá trabalhar com esses acompanhantes enquanto eles esperam o tratamento do paciente?

As hipóteses são: O acompanhante do paciente renal sofre de variações emocionais; e sofre por não ter conhecimento sobre a doença.

A justificativa se dá pelo fato de que os acompanhantes de pacientes renais que realizam hemodiálise passam por uma grande transformação em suas vidas. Eles acompanham o paciente três vezes por semana e permanecem na clínica em média de 20 horas semanais, modificando totalmente a sua rotina de vida. Ele teve que refazer essa rotina, a fim de se adaptar às necessidades do paciente que ele acompanha. Além disso, enfrentou as mudanças físicas e psicológicas desse paciente, o sofrimento do paciente passou a ser parte da vida do acompanhante.

Na maioria das vezes o acompanhante tem laços familiares com o paciente, sendo assim, ambos sofrem. O acompanhante precisa colocar as necessidades do paciente em primeiro lugar, nesta relação, o acompanhante e seus temores, ansiedades, e necessidades ficam em segundo plano e às vezes até esquecidos.

Ele passa a viver em função do paciente que acompanha, portanto, essa pessoa também tem a necessidade de cuidados psicológicos específicos, que lhe dê condições de se expressar e extravasar as suas ansiedades, medos e necessidades diante dessa nova etapa em sua vida.

Por isso, o acompanhante precisa de um lugar e um momento em que ele possa falar, expor seus sentimentos e compartilhar com outras pessoas que estejam passando pelo mesmo problema que ele, isto é, no cuidado de um paciente renal crônico ou grave.

A Terapia Breve, que foi realizada com um grupo de cuidadores, proporcionou esse espaço e tempo, para que eles pudessem ter um relacionamento, um lugar onde tivessem a oportunidade de se expressar livremente sobre seus sentimentos, medos e dificuldades, enquanto aguardavam pelo paciente.

O objetivo geral deste trabalho propõe elencar o trabalho com os acompanhantes dos pacientes renais pela intervenção da Psicoterapia Breve, por meio da atuação da acadêmica, durante o tempo em que o paciente permanece na clínica realizando a hemodiálise e o acompanhante permanece no aguardo.

Por sua vez, os objetivos específicos se dispõem no trabalho executado, que reconheceu as principais demandas psicológicas dos acompanhantes; realizou uma escuta ativa sobre as dificuldades em comum entre os acompanhantes; promoveu um entrosamento maior entre os acompanhantes; e observou quais foram os benefícios que a Psicoterapia Breve trouxe aos acompanhantes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, foram abordados os aspectos históricos da Psicologia Hospitalar, bem como a sua contribuição para a Terapia Cognitiva Comportamental, Psicoterapia e a Psicoterapia Breve em Grupo.

2.1 Psicologia Hospitalar

A Psicologia Hospitalar teve o seu início em Massachussets, no ano de 1818, no Hospital MacLean, quando foi constituída a primeira formação multidisciplinar em um hospital, com a colocação de um psicólogo. Neste hospital também foram realizados os primeiros grupos de experiências laboratoriais na área psicológica, com as descobertas do trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar (ALMEIDA, 2010).

No Brasil, a introdução do psicólogo no hospital iniciou-se nos anos 50, por meio do trabalho de Matilde Neder, na USP, com o curso de medicina, introduzindo o Psicólogo Hospitalar na Faculdade de Medicina da USP (ALMEIDA, 2010).

Durante algumas décadas, a Psicologia Hospitalar serviu-se de recursos metodológicos e técnicos da Psicologia no hospital com escassas premissas na adequação hospitalar para o psicólogo. As regras das instituições de saúde não facilitavam a tarefa para o Psicólogo Hospitalar, não havia produção de estratégias específicas para a sua atuação naquele contexto. Publicações e pesquisas foram surgindo a respeito da experiência no ambiente hospitalar, as quais contribuíram para o enriquecimento da atuação do Psicólogo no Hospital (CAMON, 2013).

O Ministério da Saúde (2002), assim definiu o conceito de Hospital: “Hospital é uma organização onde médicos trabalham em função de uma assistência médica e sanitária para a sociedade, completa e também de investigação biossocial”. Portanto, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar será de suma importância, a fim de proporcionar ao paciente a assistência psicológica de que necessita.

A Psicologia Hospitalar é muito mais do que o Psicólogo atuando no hospital, é, acima de tudo, um tratamento e o entendimento dos aspectos psicológicos em relação ao adoecimento, quando o ser humano como indivíduo se vê com uma patologia (doença) (MOSIMANN, 2011, p. 15).

O trabalho do psicólogo no hospital veio trazendo consigo a compreensão da realidade do paciente em internamento hospitalar; do paciente que necessita passar por

cirurgia. O adoecimento traz ao paciente uma completa desorganização na sua vida, ele deixa a sua casa, e passa a viver uma nova realidade, tendo que enfrentar a hospitalização. Para que a saúde desse indivíduo seja recobrada, o Psicólogo Hospitalar trabalha com os seus temores, suas ansiedades e também com os pensamentos fantasiosos desse paciente (CAMON, 2009).

Com o objetivo de trabalhar com cada paciente, a Psicologia Hospitalar trabalha a subjetividade desse indivíduo. Cada indivíduo se sente desprovido de sua subjetividade ao entrar em um hospital para tratamentos ou cirurgias. Ele passa a ser mais um paciente, aquele que possui certa patologia, e também um número de leito, acontecendo assim a sua despersonalização (MOSIMANN, 2011).

O Psicólogo Hospitalar vem para trabalhar essa subjetividade com uma escuta humanizada dirigida a cada um, na compreensão da somatização, dos traumas, temores, das marcas e cicatrizes que essa doença lhe causará. Com o trabalho do psicólogo, esse paciente volta a ter significado como pessoa, como alguém diferente, como um ser humano que sente e pensa diferentemente do outro, apesar de estar passando pelo mesmo tratamento que o paciente ao seu lado, a subjetividade de cada um é diferente (MOSIMANN, 2011).

Ao atender um paciente adoentado, o psicoterapeuta se defronta não só com o sofrimento físico do paciente, mas também com o sofrimento psíquico, tendo que compreender esse sujeito em sua completude, levando auxílio não só para o paciente, mas também à sua família (MEIADO, 2011). Com isso, entende-se que a PE (Psicólogo Especialista) “é uma ciência aplicada e um campo de intervenção dos Psicólogos” (MEIADO, 2011, p. 5). Isso possibilita um campo vasto de estudos e atuações.

A “doença crônica” pode implicar em uma série de mudanças que podem pôr em risco o bem-estar psicossocial e contribuir para o aumento da sintomatologia psicológica por causa da redução da acessibilidade a experiências positivas da vida, bem como envolver sentimentos de autoconceito e autocontrole e diretamente associados à qualidade de vida e satisfação, autoestima, sintomas depressivos, conflitos conjugais, ajustamentos, distúrbios do humor, pessimismo, afastamento/isolamento social e redução de convívios de lazer (MEDES, 2012, p. 512, *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A despersonalização acontece na vida do paciente a partir do momento que ele entra no hospital para o internamento. Diante desse contexto, o psicólogo precisa trabalhar valorizando cada atendimento, levando em conta a subjetividade de cada um, a fim de diminuir o sofrimento que a hospitalização traz para a vida do paciente. Atuando como um agente facilitador do enfrentamento das marcas e sequelas emocionais causadas pela hospitalização (CAMON, 2013).

O Psicólogo reveste-se de um instrumental potente que contribui na humanização dentro do hospital, conforme a sua atuação na escuta dedicada a cada um como indivíduo, e

nas relações que se formam entre as pessoas que frequentam o ambiente hospitalar. Na escuta ativa, o psicólogo estabelecerá um vínculo com o paciente, considerando que esse paciente necessita de atenção, de algum conforto para as suas angústias e dores. Levando em consideração que o paciente não está preparado para a hospitalização, quando o paciente é tratado com humanização, ele se sentirá muito melhor (CAMON, 2013). “Não existe um sujeito e uma doença, essa doença faz parte dele, não tem como separá-los, e a doença se manifesta na sua vida” (CANTARELLI, 2009, *apud* SIMONETTI, 2009, p. 19).

Quando o sujeito adoece, ele necessita do Psicólogo Hospitalar, que lhe oferecerá uma escuta ativa. O psicólogo poderá ouvir o paciente falar de si mesmo, de sua doença, de seus sentimentos, seus pensamentos, medo de morrer, perspectiva de vida e principalmente sobre as suas angústias. A maioria dos profissionais que trabalham no hospital, e a família, não gostam de ver o paciente angustiado, procurando de algum modo lhe dar consolo, ou até mesmo disfarçar essa angústia. O Psicólogo coloca essa angústia na frente do paciente para que ele fale sobre ela; faça símbolos dessa inquietação a fim de que seja dissolvida (CANTARELLI, 2009).

A Psicologia Hospitalar não é voltada apenas para problemas psicológicos, mas também para as emoções, conflitos e dificuldades psicológicas que a internação ou tratamento médico possa trazer ao paciente. A doença traz consigo a sua subjetividade, o que vem a facilitar a atuação do Psicólogo no Hospital (CANTARELLI, 2009). “Na sua atuação, o Psicólogo Hospitalar deverá colaborar para o esclarecimento das políticas da saúde e também levar ao conhecimento do paciente as ligações das pessoas que agora fazem parte do contexto da sua vida” (MOTA *et al.*, 2006, p. 323, *apud* MEIADO, 2014). “Um dos objetivos do Psicólogo que atua na área hospitalar é tentar minimizar o sofrimento do paciente e de sua família. O trabalho é centrado no sofrimento e nas repercussões que o paciente sofre com a doença e a hospitalização” (ISMAEL, 2005, p. 18, *apud* FREITAS, 2014).

De acordo com Cecílio e Merhy (2003, *apud* VELASCO, 2013), a humanização, através da escuta no ambiente hospitalar do Psicólogo é diferenciada, pois o Psicólogo deverá inserir o paciente enfermo no enfrentamento do tratamento seja ele breve ou longo. Uma grande parte da sua recuperação depende dele mesmo. “O Psicoterapeuta Hospitalar é capaz de desenvolver ações de assistência, ensino e pesquisa. A assistência consiste em prestar atendimento a pacientes internados e seus familiares, e assessorar equipes hospitalares na definição de condutas e tratamentos” (TONETTO; GOMES, 2007, p. 44), e principalmente qual o significado que o paciente está dando a sua doença.

Conforme Simonetti (2006, p. 24, *apud* CANTARELLI, 2009), “a doença em si não

é o principal estudo do Terapeuta que trabalha no hospital, e sim a relação que o paciente enfermo tem com a sua doença com o seu sintoma”. A Psicologia Hospitalar está se desenvolvendo na busca de uma nova visão do ser humano. A fim de ter uma visão mais ampla, percebendo não só o indivíduo doente, mas principalmente as vivências da existência da pessoa doente, isto é a subjetividade de cada um (CANTARELLI, 2009). “A Psicologia Hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, mas sim, dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da Psicologia Hospitalar” (SIMONETTI, 2004, p. 15, *apud* MOSIMANN, 2011). “Diagnosticar em medicina é o conhecimento da doença por meio de seus sintomas, enquanto na Psicologia Hospitalar o diagnóstico é o conhecimento da situação existencial e subjetiva da pessoa adoentada em sua relação com a doença” (SIMONETTI, 2004, p. 33, *apud* MOSIMANN, 2011).

O principal objetivo na Psicologia Hospitalar é diminuir o sofrimento do paciente diante de sua hospitalização. Assim o trabalho do Psicólogo neste contexto não será apenas a hospitalização, mas também as marcas e variações emocionais que a hospitalização trará consigo, sair de seu contexto familiar, estar em um ambiente diferente, traz angústia, medo e incertezas (CAMON, 2013).

Dentro da Psicologia Hospitalar, está também o trabalho do psicólogo com os pacientes que fazem hemodiálise. Alguns a realizam em hospitais e outros em clínicas. Levando em consideração que o paciente em tratamento hemodialítico sofre muitas mudanças em sua vida e passa muitas horas em tratamento, a necessidade de um acompanhamento psicológico é muito grande. O próximo tópico irá discorrer sobre a importância da Psicologia Hospitalar para os pacientes em tratamento hemodialítico (ALMEIDA, 2013).

2.2 Hemodiálise

“O tratamento Hemodialítico consiste na filtração e purificação do sangue para remoção de líquido e produtos urêmicos não eliminados pelos rins. Tal processo é realizado em média três vezes por semana, com duração aproximada de quatro horas” (CARNEIRO, 2018, p. 23). Garcia e Zimerman (2006) destacam que os rins podem deixar de exercer a sua função de forma gradual ou drasticamente. A perda das funções renais leva à doença renal crônica, podendo afetar pacientes de todas as faixas etárias, essa disfunção renal é causada pela deficiência dos rins em filtrar e em eliminar as substâncias tóxicas do corpo, que passa a trabalhar de forma limitada.

Há evidências de que a atividade laboral é diretamente afetada e se desencadeia por fatores como o convívio com a doença, alteração dos hábitos de vida e rotina, esquema terapêutico rigoroso pela utilização de polifarmácia e dependência da máquina, além de mudanças significativas na vida social e no trabalho. O trabalho sob a ótica dos usuários é compreendido como uma privação decorrente da doença capaz de afetar o orçamento e justificar sua marginalização por ser excluído da condição de indivíduo capaz de produzir socialmente (CARNEIRO, 2018, p. 23).

A hemodiálise é um tratamento que requer a presença do paciente no hospital, ou clínica, três vezes por semana, por um período médio de quatro horas em cada sessão. O paciente será conectado à máquina por meio de uma fístula arteriovenosa (junção de artéria e veia), que é realizada por um procedimento cirúrgico. Segundo Garcia e Zimerman (2006, *apud* PASCOAL, 2009), o sangue é bombeado e encaminhado para o tratamento Hemodialítico, onde será realizado o procedimento da filtração sanguínea.

O indivíduo em tratamento Hemodialítico tem a sua vida mudada, passa por várias frustrações. A princípio em relação à dieta alimentar e sexual, além da vida profissional e suas atividades sociais. Esses indivíduos se sentem constantemente cansados e com muitas dores. Seu corpo adquire novas formas, com várias marcas das fístulas e cateteres. Perde peso e sua pele também muda de cor. Sua identidade fica comprometida, ele passa a ter sentimentos de inferioridade, sua autoestima fica muito baixa e ele se sente sem nenhum valor. Esses sentimentos os deixam sem esperança de viver. Sente medo de morrer (MACEDO, 2019).

Perda do emprego, isolamento social, total dependência da Previdência Social, impossibilidade parcial de locomoção e passeios, da atividade física diminuída, necessitar de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e, ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e o de morrer (MACHADO, CAR, 2003. p. 27).

É necessário que esse paciente seja estimulado a fim de que ele se adapte de modo positivo à sua nova rotina de vida, que ele assuma o controle de seu tratamento e se esforce na sua dieta alimentar e líquida, de forma que aconteça o ajuste necessário nessa fase que ele está vivendo (RESENDE, 2006). Seu bem-estar e melhora na sua qualidade de vida dependem desse ajustamento.

O indivíduo com alguma incapacidade precisa aceitar a sua condição, encontrando sentido em sua vida, mesmo diante da doença e de suas limitações, ele poderá encontrar esse sentido. Frankl (1999, *apud* RESENDE, 2006) afirma que é importante fazer com que esse sofrimento leve o indivíduo a uma reflexão e consiga superá-lo da melhor forma dentro de suas possibilidades.

Lições positivas tiradas de algumas experiências dolorosas faz a pessoa crescer em uma dimensão mais profunda que um ser humano pode alcançar; dando sentido à sua dor, por pior que ela possa ser. “Sempre e em toda parte, a pessoa está colocada diante da decisão de transformar a sua situação de mero sofrimento numa realização

interior de valores” (FRANKL, 1999, p. 68, *apud* RESENDE, 2006).

O terapeuta desenvolveu seu trabalho com base na Terapia Cognitivo Comportamental, assim, de acordo com essa abordagem, pôde trabalhar com a cognição e o comportamento dos integrantes da pesquisa.

2.3 Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

“A Terapia Cognitivo Comportamental, é baseada em um conjunto de teorias desenvolvidas, que trabalham na formulação de planos de tratamento e na orientação de ações do terapeuta. É uma abordagem que tem a base em dois princípios centrais” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 15):

1. Nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos;
2. O modo como agimos ou nos comportamos podem afetar profundamente nossos padrões de pensamentos e de nossas emoções.

A Terapia Cognitivo Comportamental é uma abordagem que trata, com base na cognição, procurando controlar as emoções e os comportamentos pessoais, que se destacaram por meio de estudos filosóficos a partir dos tempos antigos até os nossos dias.

A definição de Terapia Cognitivo Comportamental, foram apresentadas por Aaron T. Beck, junto com outros médicos e psicólogos influentes, a partir da década de 1960. Essa abordagem distingue-se das outras por uma grande quantidade de pesquisas que examinaram as suas teorias básicas e demonstraram a eficácia do tratamento (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 16).

Aaron T. Beck (2003) desenvolveu completamente a teoria e os métodos para serem aplicados nas intervenções cognitivas e comportamentais aos transtornos emocionais. Seus primeiros estudos centravam-se no processamento das informações desadaptativas em transtornos de depressão e ansiedade. Com isso em 1960 ele desenvolveu e descreveu o que conhecemos hoje como: uma conceitualização cognitiva da depressão; onde percebeu que os sintomas estavam relacionados a um estilo negativo de pensamento, que englobava três domínios, sendo eles: de si mesmo, do mundo e do futuro (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Toda forma de Terapia Cognitivo Comportamental é derivada do modelo de Beck, o tratamento é baseado em formulação cognitiva, nas crenças, e nas estratégias comportamentais, que caracterizam um transtorno específico. O tratamento também é baseado em uma conceitualização, ou uma compreensão, de cada paciente. Nas suas crenças específicas e nos seus padrões de comportamento (DOBSON, 2001, *apud* BECK, 2013).

De acordo com Wright, Basco e Thase (2008), Beck defendeu a inclusão dos métodos comportamentais, pois sabia que esses métodos seriam eficazes para a redução de sintomas, além de conceitualizar um relacionamento bem curto entre cognição e comportamento. Para esses autores, antes de aplicar uma técnica, o terapeuta precisa construir uma conceitualização individual na qual ligue de forma direta com a Teoria Cognitivo Comportamental a estrutura psicológica com relação ao paciente e os seus problemas. Enfatizando, dessa forma, uma abordagem que se volta para o problema e ajuda a estimular o desenvolvimento de plano de ação, para colaborar no tratamento de sintomas, tais como: desesperança, desespero, desamor, além de evitação e procrastinação (WRIGHT, 2008, *apud* SAUNDERS, 2012).

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamento duradouro (BECK, 2013, p. 22).

Na concepção da Terapia Cognitiva Comportamental, a Psicopatologia é considerada como o resultado de Crenças Centrais distorcidas e pensamentos disfuncionais, que acabam por modificar o comportamento e o humor da pessoa, resultando em uma inadequada percepção da realidade. De modo a identificar e levar o paciente à modificação de seu pensamento é um dos principais elementos desse tratamento, visando promover a redução dos sintomas (BECK, 2003).

No sistema Cognitivo Comportamental, existem três níveis de cognição: Crenças Nucleares, Crenças Intermediárias e Crenças Centrais. Crenças nucleares ou pensamentos automáticos são as que se compõe das nossas emoções que se estruturam e podem ser: globais, super generalizadas e rígidas. Se forem ativadas, elas podem mudar o foco do indivíduo, levando-o a acreditar que são verdadeiras, mesmo que não sejam. O indivíduo faz uma interpretação errada das informações que recebe e, automaticamente, a sua interpretação será desviada da verdade (BECK, 2003, *apud* VERDOLIN, 2013).

Segundo Kuyken (2010, p. 8, *apud* VERDOLIN, 2013) “as crenças nucleares se formam através das diretrizes do modo como devemos agir e possibilitando o cuidado da pessoa de procedimentos negativos associadas a crenças centrais disfuncionais”.

2.3.1 Pensamentos Automáticos

Neste nível mais superficial da cognição, destacam-se os Pensamentos Automáticos (PAS), eles aparecem, rápida e espontaneamente, na nossa mente e se fazem presentes no dia

a dia de todos nós (BECK, 2003, *apud* VERDOLIN, 2013).

Esses pensamentos chamados de automáticos são cognições espontâneas e breves, de forma que o indivíduo perceba mais facilmente a emoção que está relacionada ao pensamento do que o conteúdo do pensamento em si. Eles podem ser tanto positivos quanto negativos e, apesar de serem mais específicos a determinadas situações do que os outros níveis cognitivos, se relacionam funcionalmente à ativação de crenças e esquemas mais profundos do indivíduo (BECK; DOZOIS, 2011, p. 62, *apud* VERDOLIN, 2013).

Pensamentos automáticos influenciam na emoção, no comportamento, e na resposta subsequente do indivíduo. Como esse indivíduo acaba fazendo uma leitura errada do pensamento, independentemente se as ocasiões são positivas ou neutras, esse indivíduo precisará examinar de forma crítica o seu pensamento e corrigi-lo. Normalmente ele se sentirá melhor nesse processo (BECK, 2013). “Uma das indicações para identificar se os pensamentos automáticos estão acontecendo é uma sensação forte. Esses pensamentos podem criar sentimentos dolorosos e comportamentos disfuncionais” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 19).

2.3.2 Crenças Intermediárias

As crenças intermediárias são os princípios, atitudes e as suposições que influenciam no modo como o indivíduo vê uma situação e como ele vai se comportar frente a ela. Essas crenças estão relacionadas às crenças centrais desse indivíduo, conduzindo o seu comportamento (BECK, 2008). As crenças intermediárias são responsáveis pelos pensamentos automáticos, dando sentido às coisas e levando à configuração do caminho, ao modelo cognitivo desse indivíduo (NEUFELD, 2010, *apud* BEZ, 2013). Elas também podem ser chamadas de pressupostos subjacentes ou condicionadas. Além de terem uma forte relação com as Crenças Centrais.

De acordo com Beck (2003, p. 32) “em uma situação específica, as Crenças Intermediárias da pessoa, influenciam a sua percepção, que é expressa por pensamentos automáticos específicos à situação. Esses pensamentos por sua vez, influenciam as emoções da pessoa”.

2.3.3 Crenças Centrais

As Crenças Centrais são modelos cognitivos internalizados, que consideram o que lhe é uma verdade irrestrita; elas se desenvolvem através de determinadas ideias que as pessoas têm sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e o seu mundo (BECK, 2013). Essas crenças são reforçadas durante a vida do indivíduo e serão usadas na interpretação de eventos

durante a sua vida, formando assim as características psicológicas de cada um. A Terapia Cognitiva Comportamental destaca também as Crenças Disfuncionais e os esquemas.

2.3.4 Crenças Disfuncionais

1. Crenças centrais de desamparado (ser impotente, frágil, vulnerável, desamparado, necessitado);
2. Crenças centrais de desamor (ser indesejável, incapaz de ser amado, sem atrativos);
3. Crenças centrais de desvalor (ser incapaz, sem valor) (BECK, 2003, *apud* KNAPP, 2004, p. 23).

Entre as técnicas utilizadas pela Terapia Cognitiva Comportamental, está a Psicoeducação, que além de ser uma técnica muito eficaz, ainda é muito utilizada pela TCC (KNAPP, 2004, *apud* FARIAS, 2013).

2.3.5 Psicoeducação

A Terapia Cognitiva Comportamental é uma terapia aplicada em curto prazo, voltada para o problema que o paciente apresenta ao procurar ajuda terapêutica. A Terapia Cognitiva Comportamental, com a direção do psicoterapeuta, estabelece o seu foco nas mudanças, recebendo do profissional, algumas hipóteses para que essa mudança ocorra. Através da autodescoberta, da análise dos Pensamentos Automáticos Disfuncionais, esse paciente será incentivado a enfrentar as situações difíceis pelas quais está passando (BECK, 2013).

A Teoria da TCC se dirige através da participação ativa do paciente durante o seu tratamento. O terapeuta se utilizará dos seus conhecimentos na história de vida, nas crenças, nas condições vividas pelo paciente, seus sentimentos e seus comportamentos e assim criará uma conceituação do problema (SILVA, 2004). O paciente, por sua vez, colaborará com o fornecimento de dados necessários, concordando ou não com as hipóteses que o terapeuta lhe apresentar. O trabalho entre paciente e terapeuta levará a uma Conceituação Cognitiva (hipótese que integra as crenças do paciente às suas emoções e a seus padrões comportamentais que originaram e que mantêm os problemas).

A Terapia Cognitivo Comportamental tem como um dos seus principais atributos a Psicoeducação.

A Psicoeducação na TCC, envolve o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento do cliente. Nesse sentido, este deve aprender capacidades para reconhecer e modificar os próprios padrões cognitivos, emocionais e comportamentais que mantêm seus problemas. Mais que obter alívio de seu sofrimento, o cliente deve aprender a se tornar um terapeuta de si mesmo, para lidar com as demandas presentes e futuras (FREMAN; DATTILIO, 2004, *apud*

FALCONI; OLIVEIRA, 2012, p. 29).

O terapeuta orientará o paciente a respeito do tratamento, também a respeito dos problemas que ele está enfrentando. Esse modelo psicoterapêutico é um modelo bem acessível e, aos poucos, o paciente se tornará capaz de realizá-lo sem a ajuda do terapeuta, através de sua autorreflexão (identificando seus pensamentos negativos, seus sentimentos e as mudanças comportamentais de acordo com seu estado de humor). O paciente buscará as soluções para seus próprios problemas e poderá compreender de uma melhor forma as situações desafiantes que a vida lhe apresentar (FALCONI; OLIVEIRA, 2012).

A intervenção do terapeuta é fundamental na Terapia Cognitivo Comportamental. Em cada fase do tratamento, o terapeuta estabelecerá os objetivos, quais serão suas reações no decorrer do tratamento, como irá se utilizar de intervenções, e a correta estruturação através de técnicas (BECK, 2007).

Fernandes (2015) divide o processo de intervenção do terapeuta na Terapia Cognitivo Comportamental em quatro fases: avaliação, fase da explicação funcional, fase do tratamento e fase da consolidação das mudanças terapêuticas.

Fase 1. Na fase de Avaliação, o terapeuta fará a descoberta do que for necessário para determinar o problema. Irá compreender esse problema em sua totalidade, utilizando-se de técnicas com o objetivo de reforçar ou punir o comportamento do paciente.

Fase 2. Na fase de Explicação Funcional, o terapeuta apresentará o modelo racional da terapia, e as suas hipóteses da origem do problema. Também serão estabelecidos os objetivos para o tratamento.

Fase 3. Na fase da Intervenção, as técnicas serão mais elaboradas, a fim de iniciar a modificação dos pensamentos e comportamentos desse paciente.

Fase 4. Na fase da Consolidação das Mudanças terapêuticas, é fundamental o reforço do processo de aprendizagem. O terapeuta deverá ter um foco maior nas mudanças positivas que ocorreram em relação ao problema que existia na vida do paciente ao iniciar o processo terapêutico (FERNANDES, 2015).

Outra técnica muito utilizada pela Terapia Cognitivo Comportamental é a reestruturação cognitiva, um dos pontos básicos para o trabalho do terapeuta que trabalha com a TCC.

2.3.6 Reestruturação Cognitiva

Reestruturar corretamente a Cognição é um método utilizado para a solução de

problemas, promovendo a cura, e faz parte da maioria dos tratamentos da TCC. A Terapia Cognitiva Comportamental dispõe de várias técnicas e exercícios que podem ser aplicados em praticamente todos os tratamentos terapêuticos (MILLS; REISS; DOMBECK, 2008). Se a reestruturação cognitiva for aplicada de modo correto, ela irá ajudar o paciente a deixar de confiar em seus pensamentos automáticos, começando assim a fazer reflexões sobre esses pensamentos. A reestruturação cognitiva, também o ajudará a descobrir, modificar ou substituir seus pensamentos negativos (distorções cognitivas) por pensamentos positivos. Através dessas e outras técnicas o psicólogo poderá desenvolver o seu trabalho na Terapia Cognitivo Comportamental (RANGÉ, 2007).

2.3.7 O Psicólogo na Terapia Cognitivo Comportamental

De acordo com Greenberger e Padesky (2016), os pontos determinantes da atuação da TCC são: o ambiente ou a situação onde ocorre o problema; Sentimentos e pensamentos que estão envolvidos com o problema; Estado emocional e de humor resultantes; A reação física e o comportamento. O Terapeuta se utiliza de várias técnicas cognitivas durante o tratamento na TCC, como: identificar, questionar e corrigir os pensamentos automáticos, reestruturando a cognição, realizando uma agenda para as atividades, prescrição de exercícios para mudança gradual do comportamento, entre outras (BECK, 2013). Ele tem um papel fundamental, colaborando e educando o paciente em sua preparação para que ocorra a mudança de pensamentos disfuncionais e de crenças irrealistas, através da utilização das técnicas cognitivas e de atividades (tarefas) que o paciente leva para casa a fim de pôr em prática o que aprendeu na sessão terapêutica.

O terapeuta cognitivo reconhece que a análise e a descrição racionais dos processos de pensamentos podem não ser suficientes para produzir mudanças. A evocação da emoção, o desenvolvimento da motivação e as técnicas experienciais que ativem novas experiências fenomenológicas e sentimentos também podem ser essenciais. Os terapeutas ajudam os pacientes a colocar pensamentos em ação por meio de experimentos comportamentais que transformam o insight em prática (LEAHY, 2006, p. 7).

“Os modelos Cognitivos Comportamentais se originaram nas terapias comportamentais que utilizam estratégias de solução de problemas e são representados por teóricos, com treinamento comportamental” (BARLOW; CERNY, 1999, *apud* WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 19). O pensamento é conceituado como um conjunto de autoenunciados encobertos, os quais também podem ser influenciados pelas mesmas leis do condicionamento. A terapia busca ensinar habilidades cognitivas específicas. “O progresso e o processo da Terapia Cognitivo Comportamental é fruto da parceria entre terapeuta e paciente,

dependendo de ambos o seu sucesso. O paciente tem possibilidade de acelerar ou atrasar seu tratamento e seus resultados de acordo com sua maneira de agir” (SUDAK, 2008, p. 37). O trabalho do Psicólogo dentro de uma clínica é limitado, os pacientes na maioria dos casos se vão, a fim de fazer um bom trabalho com os acompanhantes desses pacientes, a Psicoterapia Breve é a melhor forma de se trabalhar com essa clientela, tendo como base a Terapia Cognitivo Comportamental (PESSOA, 2011).

2.4 Psicoterapia Breve

“A Psicoterapia Breve pode ser definida como tratamento psicológico destinado a ajudar o paciente a suplantando dificuldades de natureza inter ou intrapessoal a se adaptar, de forma mais eficaz ao seu meio” (YOSHIDA, 2004, *apud* LIPP; YOSHIDA, 2012, p. 3). Ela trabalha principalmente com o paciente que traz o seu principal problema em relação a ele mesmo e ao seu ambiente além da sua história. Desse modo o terapeuta “estabelece o foco para o tratamento desse paciente” (LIPP; YOSHIDA, 2012, p. 4).

Para Freud (2003), a colaboração do paciente com o processo terapêutico é promovida através de duas formas: do *rappont* e dos relacionamentos.

Psicoterapia Psicodinâmica podem ser divididas em longas e breves, dependendo da extensão temporal que demandam. Elas são consideradas longas quando chegam a um número superior a quarenta sessões e breves se oscilam entre sete e quarenta, sendo o mais frequente processos entre 12 e 25 sessões. Deve-se, no entanto, observar que esses números não são consensuais, pois alguns autores, assinalam que “atualmente apenas terapeutas psicodinâmicos descreveriam um tratamento de 25 sessões como breve (JUNG, 2007, *apud* BRUM *et al.*, 2012).

A Psicoterapia Breve, para Gilliéron (1993), é indispensável, por ser a que dinamiza as trocas relacionais. Todos os autores em Psicoterapia Breve concordam com ele. O imediatismo das trocas relacionais nessa disposição coloca o paciente numa interação maior com o terapeuta.

A Psicoterapia Breve se constitui de sete a quarenta sessões, todavia na maioria dos casos são processadas entre 12 a 25 sessões, podendo variar entre mais ou menos sessões. Segundo Jung (2007, *apud* BRUM *et al.*, 2012), terapias com número inferior a 6 sessões são consideradas ultra breves. O importante em tudo isso é que sejam alcançados os objetivos propostos ao tratamento. “Como regra prática, pode-se dizer que: quanto menos ambiciosos forem os objetivos, mais breve pode ou deve ser a psicoterapia. Ou ainda, quanto menos severo for o problema, menos tempo deverá ser requerido para superá-lo” (BUENO, 2009).

Essa modalidade de atuação clínica, conhecida por Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), é em geral, uma terapia breve, prática, direcionada para a realização de metas e resoluções de problemas e fundamentalmente educativa. A TCC utiliza conceitos mediacionais em que enfatizam a importância do significado

peçoal que se dá a um evento e também a conceitos do behaviorismo que analisa a relação entre os estímulos e os comportamentos (LIPP; YOSHIDA, 2012, p. 21).

Os tratamentos que obtêm sucesso são aqueles que além de apresentarem uma diferença positiva com relação aos sintomas, também levam o paciente a ter maior facilidade em seus relacionamentos pessoais, seja capaz de se amar, se valorizar, com uma boa autoestima, que apresente bom relacionamento sexual, e consiga compreender as pessoas de uma forma mais suave (GILLIÉRON, 1993).

Entretanto existem dificuldades em conseguir uma mudança em todas essas áreas. Provavelmente o paciente mudará de acordo com a área da sua vida que mais lhe afete no momento que busca ajuda terapêutica. A Psicoterapia Breve tem seu desenvolvimento com um foco, pois, através do Foco, o terapeuta estabelecerá como irá trabalhar com o paciente, e também lhe guiará no estabelecimento das estratégias de trabalho (GILLIÉRON, 1993).

2.4.1 O “Foco” na Psicoterapia Breve

“O foco é baseado nas características da personalidade ligada ao motivo da entrevista, percebendo se o paciente não está em crise. Ao refletir nessas características, e também lida com questões diversas, como se fosse uma sessão de análise” (HEGENBERG, 2010, p. 35).

A partir do momento em que o terapeuta e o paciente têm um foco para o tratamento, esse tratamento poderá ser realizado de forma mais rápida. Esse Foco guiará o terapeuta ao longo do tratamento, de modo a dirigir a atenção do paciente para esse Foco, tendo-o como a prioridade do tratamento. O paciente também deverá falar daquilo que é mais relevante, sem estar fazendo associação livre (HEGENBERG, 2010).

Segundo Hegenberg (2010), todo foco possui um eixo central, que será a razão do paciente procurar o tratamento, acontece um conflito que passará a ser parte determinante na resolução do problema. O foco serve como um roteiro para dirigir o terapeuta através das dificuldades e emoções do paciente.

Na escolha do foco as preferências teóricas de cada um faz a diferença. O foco pode ser, defesas, sintoma, a relação objetal, pulsão, um conflito, um traço de caráter ou uma hipótese psicodinâmica e de base. Podemos afirmar que a focalização incidirá sempre no ponto fragilizado da personalidade do sujeito. É esta problemática que o paciente “encena na sua relação com o psicoterapeuta (HEGENBERG, 2010, p. 38).

Hegenberg (2010), em sua concepção sobre a Psicoterapia Breve Dinâmica, diz que o terapeuta não necessitará pôr em prática uma técnica ativa, que lhe faça abandonar a neutralidade. A Terapia Breve passa a ser uma terapia onde as técnicas de tratamento podem ser mais facilmente utilizadas. O sucesso nas Psicoterapias Breves geralmente acontece em número maior do que nas terapias mais longas, além de trazer benefícios ao paciente

financeiramente, o beneficiam na questão de tempo do tratamento. Em nossos dias, considerados dias em que as pessoas se ocupam de muitas atividades ao mesmo tempo, a Terapia Breve vem para resumir o tempo que cada um dispõe (HEGENBERG, 2010).

De acordo com Gillerón (1993), o princípio da limitação é compreendido fundamentalmente pela duração e pela focalização, mas inclui também outros limites, como da regressão, da liberdade de associações e dos objetivos terapêuticos.

2.4.2 Vantagens da Psicoterapia Breve na Terapia Cognitivo Comportamental

1. O paciente nota que ele não é o único que está passando pelo problema, mas que existem outras pessoas enfrentando as mesmas dificuldades. Descobre que, com a utilização das técnicas cognitivo comportamentais, não só ele, mas também os outros participantes do grupo conseguem transformar a maneira de ver o mundo, modificando assim os seus pensamentos e comportamentos (CATELAN, 2012).

2. Cada participante do grupo coloca em prática com ele mesmo e junto ao grupo da Reestruturação Cognitiva. Com o acompanhamento do terapeuta, percebe que as outras pessoas conseguem ver de maneira diferente da sua o que ele via como a única verdade; para outros pode não ser verdade (NEUFELD; RANGÉ, 2017).

3. Os membros do grupo cobram, entre si, a realização das tarefas, um motivando o outro na realização, todos direcionados pelo terapeuta. Um ajudando o outro no cumprimento de seus deveres para com o sucesso do tratamento (MORENO *et al.*, 2014).

4. As relações interpessoais são colocadas em prática no grupo, essa é uma faceta que no atendimento individual não pode ser trabalhada (RANGÉ, 2017).

As vantagens do trabalho em grupo são inegáveis, contudo o terapeuta deverá ter cuidado com alguns perigos que a terapia em grupo enfrenta, por exemplo: A seleção dos participantes do grupo, que deverá ser formado por pacientes que sofrem das mesmas dificuldades, a fim de que um participante que esteja passando por algum problema diferente, não venha a prejudicar os outros integrantes do grupo. O terapeuta deverá estar atento para que um participante não venha a influenciar outros de maneira errada sobre o tratamento. As críticas de uns para com os outros também deverão ser eliminadas (NEUFELD, 2011).

As Psicoterapias Breves podem ser divididas em três modelos: Estrutural ou do impulso, relacional e eclético ou integrativo. Modelo estrutural ou do impulso: sugere que, a princípio, seja estabelecida uma hipótese Psicodinâmica de base, a partir de um diagnóstico que inclui entrevistas e testes psicológicos. “O alvo é identificar o conflito primário, que será reeditado na problemática atual do paciente. Sobre a hipótese Psicodinâmica de base, se

planeja o trabalho terapêutico, que é realizado através da interpretação ativa e seletiva, e tem tempo e objetivos delimitados” (MALAN, 1979, p. 313, *apud* OLIVEIRA, 1999).

Modelo Relacional: “Derivado de uma ciência filosófica que inclui o reconhecimento da natureza contextualizada do conhecimento e da pluralidade dos pontos de vista, classificam como modelo relacional de PB” (MESSER; WARREN, 1995, p. 114). “Essa mudança se refletiu, gerando uma nova visão da teoria da personalidade, da psicopatologia e conseqüentemente da técnica psicoterápica, com base principal nos trabalhos de Melanie Klein, Fairbairn e Winnicott” (MESSER; WARREN, 1995, p. 114). “Com essa visão, a unidade básica de estudo não é o indivíduo como uma entidade separada, cujos desejos se chocam com a realidade externa, mas um campo interacional dentro do qual o indivíduo surge e luta para fazer contato e para se articular” (MESSER; WARREN, 1995, p. 115).

Para se estabelecer um foco, as Psicoterapias Breves, apoiam-se no complexo de Édipo, dando uma maior importância às experiências, e a associação do “aqui e agora”, o que tem o seu resultado numa maior diversidade de Focos clínicos.

2.4.3 Modelo Integrativo ou Eclético

Em nossos dias, observa-se uma integração entre os métodos e as concepções de diversos procedimentos terapêuticos, a fim complementar a eficácia e espírito das psicodinâmicas (OLIVEIRA, 1999). Os indícios da falta da interpretação dos problemas fizeram com que certos autores levassem em consideração a adaptação da Psicoterapia para o paciente, e não o paciente para a Psicoterapia. Sabendo que o Acompanhante é de muita importância ao paciente renal em tratamento hemodialítico, esta pesquisa foi realizada com um grupo formado entre eles, o que nos leva a discorrer sobre o trabalho que o Psicólogo fará junto a esses acompanhantes (OLIVEIRA, 1999).

2.5 Psicoterapia Breve em Grupos

Essa modalidade de Terapia Breve em Grupo pode se constituir de um ou mais terapeutas, que tratam de um pequeno número de pacientes juntos, como um grupo. Esse termo se refere a qualquer abordagem terapêutica realizada em grupo. A abordagem desse grupo de terapia será a Terapia Cognitivo-comportamental. A TCC é uma modalidade psicoeducacional ativa e diretiva, muito prática para uso com grupos (LIPP, 2013).

O grupo funciona com a orientação do terapeuta, realizando uma reestruturação cognitiva, podendo também promover uma transformação dos pensamentos disfuncionais do paciente. O grupo, por sua vez, irá colaborar com o terapeuta. Ao término de toda sessão, o

paciente receberá uma tarefa para cumprir em casa e deverá trazer essa tarefa realizada na próxima sessão. Essas tarefas serão corrigidas, e o terapeuta discutirá os resultados com o grupo (LIPP, 2013).

2.5.1 Alvos da terapia em grupos

Segundo Lima (2012), “a Psicoterapia de grupo é pelo menos igual à psicoterapia individual em sua capacidade de proporcionar benefícios significativos”.

Foi o desenvolvimento da psicoterapia, como também o da Microsociologia e do Psicodrama que permitiram o 'pensamento original em teoria dos grupos'. Entrelaçaram-se ecleticamente, estas tendências que, associadas à consideração do horizonte político-econômico e cultural, em que se desenvolveram estas técnicas, fazem com que tivessem recebido também marcantes influências ideológicas (LIMA, 2012, p. 17).

Na terapia em grupo, o terapeuta terá que controlar o tempo que ele dedicará a cada paciente, não deixando que esse tempo passe de 15 minutos, pois, na terapia em grupo, todos precisam participar do processo terapêutico. O terapeuta deve também cuidar-se para não agregar seus próprios valores aos pacientes, mas permitir a cada um a expressão de seus valores de modo lógico e racional, pensando por si mesmo (LIPP; YOSHIDA, 2012).

A TCC, em Terapia Breve de Grupo, segue o seguinte planejamento (EMOTIONAL BEHAVIOR GROUP, 2011):

1. Levantamento das expectativas de todos;
2. Ensina-se aos membros a teoria do A - B - C;
3. Discute-se como a pessoa pode se tornar infeliz com o próprio pensamento, e também como ela pode se tornar feliz e adaptada;
4. Ensina-se as técnicas de reestruturação cognitiva;
5. Enfatiza-se que todo comportamento aprendido pode ser desaprendido;
6. Ensina-se estratégias de enfrentamento necessárias ao objetivo do grupo.

O terapeuta poderá se utilizar de várias técnicas ao longo do tratamento grupal, além de métodos que podem ser diretivos e não diretivos. O *feedback* que o grupo traz também é muito importante para o sucesso da Terapia de Grupo.

2.5.2 Aspectos Especiais da Psicoterapia de Grupo

Quando as pessoas formam um grupo, uma interação passa a existir entre elas, independentemente do motivo pelo qual o grupo se reuniu. A interação é uma ação que um indivíduo estabelece com outro indivíduo; no grupo, um exerce essa ação sobre o outro, através das suas atitudes, de seus afetos ou de forma verbal. O estudo de um grupo visa dois

fatores (PERES, 2012):

1. O interno: isto é, os indivíduos em interação;
2. O externo: resultante do primeiro e cuja configuração é unitária, apresentando individualmente e a si própria.

Não devemos nos esquecer de que ser humano é por natureza gregário, e só pode existir ou subsistir, dentro de seus grupos e nos seus inter-relacionamentos. A psicoterapia de grupo, mostra o seu valor na constatação do ser humano passar a maior parte de sua vida convivendo e interagindo em grupos (PERES, 2012 apud ZIMERMAN, 1997, p. 28).

“Se o grupo for homogêneo ele poderá ser útil com o tratamento dos pacientes para os quais a educação, o apoio recíproco e a identificação são os elementos mais importantes da terapia. Oferecerá uma maior coesão, com menos conflitos e possivelmente alívio mais rápido dos sintomas” (BECHELLI, 2001, p. 38, *apud* ANDRÉA, 2009).

No início do trabalho Terapêutico de Grupo, deverão ser desenvolvidas as trocas das experiências que cada participante do grupo está vivenciando. Com essa interação, os participantes do grupo criarão novos vínculos, poderão desfrutar de momentos divertidos, diminuindo assim o seu isolamento enquanto permanece à espera do tratamento da pessoa que ele acompanha (PERES, 2012).

Com a Terapia Breve Grupal, não será possível que os participantes do grupo realizem mudanças estruturais. Todavia mudanças ocorrerão através das reflexões e do convívio com outros participantes do grupo, onde cada um poderá compartilhar a sua experiência pessoal, aprender com as experiências do outro, que poderá enriquecer seu conhecimento, além de perceber que várias das suas angústias são as mesmas que as dos outros participantes do grupo (ANDRÉA, 2009).

“A pessoa ao procurar por atendimento do psicólogo, geralmente, tem a necessidade de ser tratada, e amparada para poder expressar sua dor e seu sofrimento. E com esta necessidade poderá ser muito bem acolhida em um grupo de psicoterapia breve” (COELHO; MOREIRA, 1997, p. 59, *apud* ANDRÉA, 2009).

Na relação entre os pacientes, fator específico das terapias de grupo, é um recurso extremamente poderoso para promover mudanças. E o grupo terapêutico permite a criação de uma situação interpessoal maior e potencialmente mais poderosa que o relacionamento terapeuta e paciente individual (PELUSO; BARUZZI; BLAY, 2001, p. 346, *apud* ANDRÉA, 2009).

A Psicoterapia Psicodinâmica valoriza o que cada um conhece sobre si mesmo, além de auxiliar com as questões mal resolvidas. De acordo com Coelho (1997, p. 59, *apud* ANDRÉA, 2009), “Cada um dos seres humanos passa a ser um herói que tenta vencer suas batalhas e dificuldades procurando vários recursos”.

A Psicoterapia Breve de Grupo ajuda seus participantes nesta luta pessoal e diária, levando em consideração o que o indivíduo percebe em si mesmo e no outro, bem como facilita que cada um experimente ser um agente terapêutico dos demais no grupo (SOARES; CARVALHO, 2003, p. 40, *apud* ANDRÉA, 2009).

O grupo também é o lugar que, através da reflexão das novas experiências, ajudará na superação dos momentos de dificuldades, de crises, e medos pelos quais a pessoa esteja passando. O grupo também se sente coeso em suas dificuldades e em suas dores. O terapeuta apontará que existe semelhança entre o sofrimento dos participantes do grupo, e esta semelhança pode se transformar em uma oportunidade de apoio entre eles, convertendo assim os aspectos negativos em positivos (ANDRÉA, 2009).

O trabalho com o grupo busca destacar três objetivos que se complementam, são eles: estabelecimento de conexões afetivas, interações não-coercitivas e uma comunicação de melhor qualidade (ANDRÉA, 2009). Na conexão afetiva, é necessário que se estabeleça uma verdadeira interação dos participantes do grupo. As experiências de compartilhamento do sofrimento, das angústias e também do medo da morte do paciente que ele acompanha, permite que se estabeleça essa conexão entre os membros do grupo. O grupo acaba sendo um laboratório de experiências afetivas (ANDRÉA, 2009).

Conforme Zamignani (2015), depois que a conexão afetiva foi formada, passa-se para o segundo passo que é a comunicação afetiva. A partir do momento que cada um percebe a dor do outro, entra o trabalho do terapeuta com o foco na necessidade de cada membro do grupo em se comunicar de maneira afetiva com o outro, levando, através dessa comunicação, à resolução dos problemas apresentados na reunião. A comunicação ajudará muito na resolução do problema. Além de proporcionar a Conexão Afetiva.

O terceiro ponto refere-se às interações não-coercitivas, objetivo do terapeuta em um trabalho de grupo. Quando as interações são coercitivas, elas trazem consequências negativas ao grupo. A maioria dos relacionamentos em que há pressão com certeza serão abalados. Sidman (1995, *apud* ZAMIGNANI, 2015) afirma que o relacionamento não coercitivo, com a utilização de reforços positivos mútuos, traz mudanças em um grupo. Também no grupo o indivíduo vai perceber que essa forma de relacionamento traz consigo bons resultados.

Na Psicoterapia Psicodinâmica, o terapeuta é o mediador do grupo, a interação entre o terapeuta e o paciente é sentida de um modo mais forte. Os membros do grupo se ajudam, incentivam, cobram, e um ensina ao outro (YALOM, 2006, *apud* ZAMIGNANI, 2015).

Não só o terapeuta tem influência sobre o grupo, mas todos os participantes também. O terapeuta observa o comportamento de cada um, como eles interagem uns com os outros,

podendo interferir quando necessário, para modelar ou mostrando melhores modelos de interações. A Terapia em Grupo, além de fazer com que o paciente se desenvolva em seus diálogos, aumenta sua autoestima, sua capacidade de reflexão ajuda também no amadurecimento do terapeuta (ZAMIGNANI, 2015).

2.5.3 A terapia em Grupo com os Acompanhantes dos Pacientes

Equipes de saúde não podem dizer que cuidam da família do doente, do acompanhante dele no hospital ou na clínica onde o paciente realiza seu tratamento. Ninguém quer se responsabilizar pela família ou pelo acompanhante. Por isso, a família sofre um desamparo, ninguém oferece ajuda nas dificuldades que essa família está enfrentando, ela não tem informação suficiente para saber o que realmente está acontecendo. Não consegue tomar as decisões necessárias. Tudo aquilo que é natural para as equipes que trabalham diariamente nos hospitais e clínicas, onde esse paciente faz um tratamento, é novidade para ele e também para a sua família (ZAMIGNANI, 2015).

Apesar de toda a dificuldade da equipe e das instituições em promover a aproximação: família – hospital - tratamento, na literatura existe um consenso que a presença de um familiar acompanhante durante o período de internação é de extrema importância para o paciente, além de potencializar a sua melhora. Assim, a presença dos familiares não é uma boa ação realizada pelos hospitais, mas sim uma necessidade para o auxílio da terapêutica do paciente. Além disso, referem que a presença de uma pessoa da convivência do paciente influencia positivamente no comportamento dele, além de oferecer conforto e suporte emocional durante essa fase em que vivencia um momento crítico da vida (LAUTERT; ECHER; UNICOVSKY, 1998, p. 120, *apud* DAHDAH *et al.*, 2013).

O trabalho do acompanhante traz benefícios tanto para o paciente como para si mesmo, as suas necessidades podem ficar de lado, além de ser difícil o trabalho de cuidar e zelar do paciente, ele vai lidar também com as limitações humanas, com várias pessoas doentes, e até mesmo com a morte, coisas que passam a ser comuns nas clínicas e hospitais, que acontecem diariamente (DAHDAH *et al.*, 2013).

O acompanhante se sente fraco, cansado e desanimado por ter que passar diversas horas na clínica, acompanhando o paciente enfermo. Muitas vezes, ele se priva até de cuidados a si mesmo, em função do tempo que terá que disponibilizar para cuidar e acompanhar o enfermo no tratamento. Além de não ter com quem compartilhar as suas angústias, temores e pensamentos negativos com relação à pessoa que ele está cuidando, especialmente no caso de ser paciente renal crônico ou grave (DAHDAH *et al.*, 2013). A convivência com a doença renal crônica e seus tratamentos traz estresse não só para o paciente enfermo, mas também para toda a sua família, o que, por sua vez, caracteriza a necessidade de uma assistência para toda a família, a fim de minimizar esse sofrimento

(DAHDAH *et al.*, 2013).

Se não é considerada como deve, a família do enfermo enfrentará dificuldades receber a ajuda necessária. Sendo os membros da família os principais cuidadores do doente e, a reação dele depende da atuação da sua família, diante dessa doença, eles também precisam de cuidados (RAMOS, 2003).

A família passa por crise nesse momento em que seu ente querido está enfermo, em estado crônico ou grave, ela se sente impotente diante desta situação. Suas dificuldades são muitas, primeiro, ela não entende porque isto está acontecendo, segundo, o medo que o paciente venha falecer é muito grande, terceiro, o ambiente hospitalar é um ambiente triste e de sofrimento, e por fim ela não sabe como lidar com seus sentimentos conflitantes (RAMOS, 2003). “Toda dor traz consigo a dor e um sofrimento, carrega em si uma dimensão de mensagem, comporta informações sobre a subjetividade da pessoa, havendo mesmo a noção de que o sujeito fala por meios dos seus sintomas, ou se expressa por meio deles e a psicologia escuta” (SIMONETTI, 2004, p. 22).

O Psicólogo da Saúde procura estudar e compreender o indivíduo enquanto um ser que adoece, situação esta permeada de sofrimento físico e psicológico (CAMON, 2003). O profissional deve levar em consideração que o indivíduo adoece e várias mudanças ocorrem em sua vida, e essas mudanças podem modificar a sua qualidade de vida, bem como da sua família e daqueles que se envolvem nesse processo, principalmente na vida dos cuidadores.

2.6 A família do Paciente Renal

Devido as alterações que ocorrem na vida do indivíduo que faz tratamento de hemodiálise, mudanças psicossociais, além de alterações na sua saúde, a sua família também passa por alterações com a doença de um de seus membros. A rotina familiar é modificada pelas inúmeras idas ao médico, pelas medicações, e principalmente pelo tratamento que ocupa em média 12 horas semanais.

Isso tudo afeta e atinge todos aqueles que convivem com o doente (SANTOS, 2008). “A assistência psicológica realizada no hospital deve também preocupar-se com a família e a equipe que trabalha nesse hospital. Tanto a família quanto a equipe poderão ser ajudadas pela psicologia diante das dificuldades no processo de reabilitação ou na eminência de perda ou morte” (PINHEIRO, 2005, p. 33, *apud* SANTOS, 2008). “Para atender à família o psicoterapeuta precisará saber: Identificar anseios angústias e dificuldades da unidade familiar em relação à doença e a seu tratamento. Auxiliando-os a entender esses sentimentos” (ISMAEL, 2004, p. 252, *apud* SANTOS, 2008).

Além do acompanhamento psicológico a esses cuidadores durante o período de hospitalização e tratamento, é possível realizar grupos com objetivo informativo ou operativo para buscar e proporcionar espaço de reflexão e expressão de sentimentos, angústias, medos e fantasias, além de informar e orientar, minimizando o impacto emocional e o estresse vivenciado (CARVALHO, 2008, p.19, *apud* SANTOS, 2008).

O Acompanhante, além de ajudar o paciente em suas necessidades em casa, passa muito tempo da sua vida à espera desse paciente durante o tratamento renal. O psicólogo poderá ajudá-lo durante esse tempo que ele passará na clínica ou hospital esperando. Construindo possibilidades de uma espera com qualidade, com relacionamentos (SANTOS, 2008).

2.6.1 A Família e a Espera

A espera é difícil tanto para o paciente quanto para o Acompanhante; querem um diagnóstico, querem saber quanto tempo irá durar o tratamento, esperam com muita ansiedade pelo tão sonhado transplante de rim. Esses sentimentos envolvem toda a família. Três vezes por semana, sem interrupção, por um período médio de 4 horas, o paciente vai à sessão hemodialítica. Fato é que a vida dessa pessoa vai se processar de um modo muito diferente e mais em função do tratamento dela. A família e principalmente seu Acompanhante necessitam de cuidados, de atenção psicológica (SANTOS, 2008).

São acompanhantes que estão tão internados quanto os seus entes queridos e, [...] os mesmos também necessitam de um cuidado que passa pelo processo de Humanização Hospitalar, pois os mesmos passam a viver o dia a dia do hospital, tanto quanto o paciente e a equipe hospitalar (TEIXEIRA, 2008, p. 40, *apud* SANTOS, 2008).

“Os cuidadores necessitam de atenção. Essa atenção envolve desde esclarecimento de dúvidas até o acolhimento em relação às suas expectativas sobre a doença, o tratamento, as rotinas que foram modificadas, os medos e mitos que surgem” (TEIXEIRA, 2008, p. 40, *apud* SANTOS, 2008).

Na sala de espera, estão os doentes que esperam ser atendidos, como também seus cuidadores, que, além de acompanhá-los, permanecem nessa sala, à espera do paciente, enquanto ele é atendido e retorna após seu tratamento. Os cuidadores acabam se relacionando uns com os outros, vínculos são criados entre eles, especialmente quando eles também estão acompanhando um doente nas mesmas condições e que está passando pela mesma dificuldade. A criação de grupos terapêuticos a partir da sala de espera é uma ótima estratégia para colocar em ação o cuidado e atenção com os cuidadores (SANTOS, 2008).

Nesses grupos, devem haver conversas e práticas da Psicologia Breve, criando vínculos entre os seus membros, possibilitando acima de tudo mudanças de pensamentos negativos, levando-os à refletir sobre tudo o que está sendo modificado em sua vida e na do seu

ente querido doente. Um espaço para a troca de experiências, construções sobre o tema saúde. Aqui a instrução é o meio de levar a informação para os cuidadores a fim de que eles utilizem e aumentem os seus conhecimentos (SANTOS, 2008).

A família é de suma importância para o doente, seu apoio, sua ajuda e, sobretudo, o apoio emocional. Por isso, é necessário cuidar da família também, se os cuidadores encontram apoio emocional em um grupo, ela fica mais forte, mais empoderada para enfrentar a doença e dar o apoio necessário para o doente. O grupo com os cuidadores de pacientes renais que fazem tratamento Hemodialítico se torna precioso para esses cuidadores, um lugar onde eles podem realizar várias atividades durante o tempo que ficam à espera do tratamento. De um tempo ocioso, passa a ser um tempo prazeroso, de relacionamento. Além disso, é mais fácil falar das emoções com os participantes do grupo no qual um relacionamento já foi criado. O grupo leva o indivíduo à participação; falando de sua situação, ele troca a posição passiva e receptiva para uma posição ativa e dinâmica (SANTOS, 2008). “O suporte familiar, as competências de cada membro da família, o nível de esclarecimento e a qualidade da comunicação com a equipe de saúde influenciam sobremaneira o manejo da doença pelo paciente” (FERNANDES, 2007, p. 134, *apud* SANTOS, 2008).

A doença renal traz aos cuidadores a responsabilidade pela vida do outro, despertando neles uma postura de manter o doente ativo para que ele não se entregue à tristeza ou às frustrações provenientes do tratamento (TEIXEIRA, 2008, p. 41, *apud* SANTOS, 2008).

O Acompanhante é aquele que é responsável, durante todas etapas do tratamento, pelo paciente e tudo o que se refere a sua doença. As angústias sobre a melhora do doente, a falta de informações sobre a doença, deixam o acompanhante aflito, todavia ele precisa seguir em frente para colaborar com o doente em relação às angústias do adoecer (SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO, 2016).

Quando o acompanhante realiza o trabalho de cuidador, as suas tarefas são deixadas em segundo plano pois ele necessita cuidar de um doente em estado crônico. Isso pode levar o acompanhante a um alto nível de estresse, o que acarretará em dificuldades nas áreas sociais e psicológicas em sua vida. Dificilmente esse cuidador conseguirá permanecer no trabalho. Terá que deixá-lo, ocasionando assim outra dificuldade que é a financeira (SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO, 2016).

A Terapia de Grupo com os acompanhantes dará ao cuidador a possibilidade de acesso a um lugar de escuta, empatia, um lugar onde ele poderá falar sobre aquilo que está sentindo, suas dúvidas e conflitos interiores, em um lugar de acolhida, onde a família do paciente possa sentir-se à vontade. Tudo isso como parte importante do tratamento (SALGADO; CASTELO

BRANCO; MACHADO, 2016).

No grupo uma dinâmica de identificação, é favorecida e aliada a um clima de confiança, no qual os familiares podem compartilhar seus sentimentos: de dor, culpa e a equipe possa trabalhar temas inerentes ao tratamento e à morte, Nesse tipo de intervenção também podem ser trabalhadas as estratégias de enfrentamento e a instrumentalização do familiar para lidar com a angústia e ansiedade, assim como auxiliar o paciente no enfrentamento da realidade (SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO apud OLIVEIRA: SOMMERMAM, 2012, p. 32).

“O suporte familiar, as competências de cada membro da família, o nível de esclarecimento e qualidade da comunicação com a equipe de saúde influenciam sobremaneira o manejo da doença pelo paciente” (SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO, 2016).

Conforme Dias (2011, *apud* SALGADO, 2016), existe uma inter-relação entre o sofrimento do cuidador e do paciente, com consequências desfavoráveis para ambos. Percebe-se que o processo de cuidar é muito difícil, e exige uma inter-relação entre paciente e cuidador que pode levar o cuidador ao adoecimento. Por isso a necessidade que o cuidador tem do suporte oferecido pelos outros familiares, a fim de que ele não venha a sofrer, em um futuro próximo, com doenças físicas e principalmente psicológicas (ansiedade, depressão, etc.) (BRITO, 2019).

Por esse e por tantos outros motivos apresentados nesta monografia, percebe-se a verdadeira necessidade de se trabalhar com os acompanhantes e não apenas com os pacientes em tratamento renais crônicos ou graves.

2.7 O Trabalho do Psicólogo junto aos Acompanhantes de Pacientes Renais

As doenças estão aumentando de modo assustador nos nossos dias. Nota-se também, um crescimento muito elevado das doenças crônicas, independentemente da classe social ou da região em que a pessoa vive. Essas doenças crônicas levam os pacientes à necessidade de constante cuidado e atenção. Entre as doenças crônicas e graves estão os pacientes que necessitam de hemodiálise, devido a uma insuficiência renal crônica ou grave (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os pacientes que necessitam submeter-se ao tratamento de hemodiálise precisam passar um longo tempo de sua vida no hospital ou clínica, dependentes do tratamento hemodialítico, a fim de sobreviver. Aqueles que os acompanham também têm a necessidade de estar junto aos pacientes, nesses sistemas hospitalares, adaptando-se às rotinas da instituição. O tratamento é realizado através das máquinas de hemodiálise, que, por sua vez, faz o tratamento de vários pacientes diariamente. Além da necessidade de equipes com treinamento para o manejo dos maquinários (RAMOS, 2012).

A família exerce um papel muito importante na vida do indivíduo, principalmente quando ele começa um tratamento tão invasivo e que de uma forma ou de outra, além de mudar sua rotina de vida, vai alterar também a rotina familiar (RAMOS, 2012).

As famílias que acompanham o paciente em tratamento hemodialítico acabam por estabelecer contato com as outras famílias que também acompanham o seu familiar nas sessões hemodialíticas. Estabelecem-se laços entre eles por estarem passando pela mesma situação, formando assim uma rede de apoio social entre esses familiares. Esse contato entre os Acompanhantes leva à reciprocidade de apoio, o que traz efeitos positivos, tanto para o que recebe, como também para o que oferece esse apoio (SANTOS, 2014). “A organização Mundial da Saúde indica que os agravos ocasionados pelas condições crônicas são persistentes e necessitam de certo nível de cuidados permanentes, sendo necessárias mudanças no estilo de vida e gerenciamento dos serviços” (SANTOS, 2014).

Geralmente, apenas uma pessoa acompanha o paciente que está fazendo hemodiálise. Ela modifica a sua vida, muda a sua rotina toda para realizar o acompanhamento, três vezes por semana. O acompanhante deverá realizar o trabalho permanente do cuidado ao paciente. E, assim, os dois terão que aprender a conviver no ambiente hospitalar, pois eles frequentarão esse espaço constantemente (BORGES, 2009).

A equipe multidisciplinar poderia, por sua vez, realizar uma mediação para a inclusão de outros familiares, com a finalidade de aumentar e fortalecer a capacidade para a realização do trabalho com o devido cuidado desse paciente. Se uma só pessoa realiza esse trabalho, sua vida fica muito restrita, passando a viver quase que completamente em função do acompanhamento e do cuidado do paciente (OLIVEIRA, 2006).

Esses acompanhantes, que em sua maioria são familiares do paciente, permanecem por mais de quatro horas ao dia, três vezes na semana, em uma sala de espera, ou nos corredores da instituição. Não existe um local apropriado, ou uma sala separada para eles, enquanto aguardam a realização do procedimento de hemodiálise (MENDES, 2013).

Não se pode esquecer que esses acompanhantes precisam ser vistos com um olhar humanizado. Quando falamos da humanização, falamos que ela precisa ser aplicada não só com os pacientes, mas também com os familiares, trabalhadores e gestores hospitalares (MENDES, 2013).

Quando um ente é hospitalizado, gera estresse nessa família. A rotina familiar é totalmente modificada, de acordo com as necessidades internas e externas desse paciente. A hospitalização ou um tratamento longo vem como uma ameaça para essa família. Quando a rotina não se normaliza, pode se transformar em uma crise familiar (PERES, 2012).

A Psicoterapia de Grupo é um recurso na luta individual que pode aumentar a percepção que a pessoa tem de si mesmo, e do outro; e também facilitar a rotina, de modo que cada um experimente ser um agente terapêutico dos demais membros do grupo (SOARES; CARVALHO, 2003, p. 40, *apud* ANDREÁ, 2009).

O grupo é um excelente espaço de reflexão acerca das novas possibilidades e de novas experiências, onde existem facilidades para que as pessoas possam superar um momento difícil ou uma crise. E certamente no grupo não irá sentir-se só em sua dor. O terapeuta pode apontar para o grupo a semelhança do sofrimento, e este é um elemento aglutinador que transforma aspectos negativos em oportunidades de apoio entre os participantes (MOTTA; SANTOS, 2002, p. 75, *apud* ANDREÁ, 2009).

No trabalho em grupo com os acompanhantes, o terapeuta será um facilitador, pois desenvolverá técnicas especiais para a otimização do entrosamento entre eles, o que fará a carga de cada um ficar mais leve, entre outras vantagens (LADEIA, 2013).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“Pode-se definir método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (GIL, 2008, p. 27).

3.1 Tipo de Pesquisa

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica fundamentada nos seguintes autores: Janete Pessuto Simonetti; Jesse H. Wright; Monica R. Basco; Michael E.; Eliza Médici Pizão Yoshida; Judith Beck; entre outros. Este estudo se constitui como pesquisa de campo, que, para Assis (2008, *apud* MARCONI; LAKATOS, 2010), define os objetivos, as hipóteses, o meio de coleta de dados, o tamanho da amostra e como os dados foram tabulados e analisados. “O estudo de campo estuda um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação de seus componentes. Assim, o estudo de campo tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que interrogação” (GIL, 2008, p. 76).

Esta pesquisa ainda teve características de natureza aplicada, pois visou “concentrar-se ao redor dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Esteve empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções. Respondeu a uma demanda formulada pela instituição” (THIOLLENT, 2009, p. 36, *apud* FLEURY, 2017).

De acordo com Frascatti (2002, *apud* ARAÚJO, 2013), a pesquisa aplicada se define por “atividades em que conhecimentos previamente adquiridos são utilizados para coletar, selecionar e processar fatos e dados, a fim de se obter e confirmar resultados, e se gerar impacto”.

3.2 População e Amostra

De acordo com Gil (2009, p. 55), “os estudos de caso requerem a utilização de múltiplas técnicas de coleta de dados. Isso é importante para garantir a profundidade necessária ao estudo e a inserção do caso em seu contexto, bem como para conferir maior credibilidade aos resultados”. Dessa forma, a elaboração do trabalho utilizou-se da técnica de Psicoterapia Breve de Grupo, na Clínica de Tratamento Renal da cidade de Sinop-MT.

Segundo Assis (2008, *apud* LAKATOS; MARCONI, 2010), a população é definida

como um conjunto de pessoas que apresentam pelo menos uma característica em comum. Para esta pesquisa, os participantes se constituíram de acompanhantes dos pacientes que realizam tratamento renal (hemodiálise) na clínica. Foram 20 participantes de ambos os sexos. As Sessões foram realizadas durante dois dias na semana (terça e quinta-feira), uma no período matutino e a outra no período vespertino. Essa população apresentou várias características em comum; as pessoas selecionadas foram aquelas que estiveram dispostas a compartilhar suas angústias e medos em um grupo terapêutico.

Esta pesquisa foi qualitativa. Araújo (2013) definiu a abordagem qualitativa como sendo: “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”.

Neste estudo, com a aplicação da Psicoterapia Breve de Grupo, o objetivo foi entender e trabalhar com esse grupo sobre o problema social que envolveu não apenas o paciente, mas também o acompanhante (familiar), e todos que estavam próximos ao paciente em Tratamento Hemodialítico.

3.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados desta pesquisa foram: Um questionário elaborado pela pesquisadora, contendo 11 perguntas abertas e diretas, com as opções de respostas afirmativas ou negativas, sendo que quatro dessas perguntas, as de número 1, 2, 6 e 11, davam o direito do entrevistado justificar se a sua resposta fosse afirmativa.

Outro instrumento utilizado pela pesquisadora para a coleta de dados foi a realização de duas sessões de Psicoterapia Breve, tendo cada uma 4 participantes.

Por último, um terceiro instrumento utilizado foi uma entrevista com uma auxiliar de enfermagem, que vem acompanhando dois Pacientes Renais durante o tempo da pandemia do Covid-19, esses pacientes são procedentes da cidade de Colíder, situada a 117 quilômetros de Sinop-MT.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada dentro do trabalho da Psicoterapia Breve no grupo, com perguntas diretas aos participantes. Esse questionário foi elaborado antes da primeira sessão de Psicoterapia Breve, levando em conta as mudanças emocionais que ocorreram na vida dos acompanhantes de Pacientes Renais. A intenção da acadêmica foi trabalhar com apenas um foco, todavia, como a Psicoterapia Breve não teve continuação, o questionário foi

elaborado a partir das necessidades em comum do grupo, com apenas duas sessões da Psicoterapia Breve de Grupo, uma pela manhã e outra pela tarde. A fim de mensurar as mudanças emocionais, de rotina de vida, de visão de vida, da necessidade de compartilhar angústias e medos em um grupo de Psicoterapia Breve com os acompanhantes de pacientes renais.

De acordo com Assis (2008, *apud* LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 203), “o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Esse trabalho contou também com o acompanhamento da observação comportamental (feito pela acadêmica), de cada participante do grupo terapêutico, bem como do comportamento do grupo como um grupo que estava vivendo uma mesma realidade ao acompanhar um paciente em tratamento renal.

3.5 Planejamento das sessões

Sessão 1

Apresentação da dinâmica da teia da amizade, que se processa do seguinte modo:

A coordenadora do grupo (acadêmica), dispõe os participantes em um círculo e segura em suas mãos um novelo de linha. Prende a ponta da linha em um dos seus dedos da mão. Pede para os membros do grupo prestarem atenção na apresentação que ela fará de si mesma (LOPES; PONTES, 2000, p. 5). Assim, logo após se apresentar brevemente, dizendo quem ela é, de onde veio, e o que faz, joga a linha para uma das pessoas à sua frente. Esta pessoa apanhará o novelo e, após enrolar a linha em um dos seus dedos, repetirá o que lembra sobre a pessoa que terminou de se apresentar (LOPES; PONTES 2000, p. 5). Então, essa segunda pessoa irá se apresentar, dizendo quem é, de onde vem, o que faz, etc. Assim se dará sucessivamente, até que todos do grupo digam seus dados pessoais e se conheçam (LOPES; PONTES, 2000, p. 5). Como cada um atirou o novelo adiante, no final haverá no interior do círculo uma verdadeira teia de fios que os une uns aos outros (LOPES; PONTES, 2000, p. 5).

Após a apresentação de cada integrante do grupo, a acadêmica perguntará o que eles aprenderam com a dinâmica e pedirá que cada um diga qual é o maior sentimento ou causa que lhe traz mais sofrimento diante da situação que cada um está vivendo, pergunta também se há grau de parentesco com o paciente, se existe, qual é esse grau (LIPP; YOSHIDA, 2012).

Em seguida será feita a relação entre os sentimentos em comum entre o grupo, a fim de definir qual será o foco da Psicoterapia Breve nesse grupo, levando em consideração os

hábitos de vida de cada um e a importância de algumas mudanças para uma melhor qualidade de vida (LOPES; PONTES, 2000, p. 5, *apud* ANDRÉA, 2009).

Por último, após as discussões e conclusões sobre o Foco da Psicoterapia será passada a tarefa que deverá ser realizada em casa. Cada integrante deverá separar um tempo em sua casa para pensar no que ele poderá fazer para obter melhora quanto aos seus pensamentos e também seus sentimentos (STALLARD, 2004).

Sessão 2

Dar as boas-vindas aos participantes do grupo terapêutico e discutir com todos a tarefa de casa da sessão anterior. A acadêmica perguntará se já estão sentindo alguma diferença em suas vidas desde a primeira sessão da Terapia Breve com o grupo. Se alguém já conseguiu pensar e fazer algo diferente entre uma sessão e outra. Avaliar o grupo, colocando o foco da terapia em destaque para uma discussão entre os participantes (LIPP; YOSHIDA, 2012).

Desenvolver com o grupo a dinâmica: Minha metade está com você, com o objetivo de avaliar como eles trabalham em grupo.

A dinâmica consiste em escrever frases em cartelas de cores diferentes, em número suficiente para todos. Escreve-se frases em cada cartela e recorta exatamente no meio, de maneira que a frase ficará dividida, distribui-se as cartelas e cada um vai procurar a sua metade (DESPERT RH, 2018).

À proporção que cada dupla for se encontrando, buscarão um lugar para dialogar; tendo como tema do diálogo a frase que se completou. Após um tempo (2 minutos), a terapeuta solicita que algumas duplas relatem o que acharam da experiência (como se sentiram, como se encontraram) (DESPERT RH, 2018).

Essa dinâmica fará, através da fala das duplas, com que todos percebam que eles possuem sentimentos em comum e que, juntos, falando, brincando e discutindo seus problemas, a carga poderá ficar mais leve para cada um. A interação no grupo será destacada pela acadêmica (MOTTA; SANTOS, 2002, *apud* ANDRÉA, 2008).

Sendo assim, será posta em destaque também a importância que cada um deverá dar ao sofrimento do outro. Nesta sessão, a acadêmica iniciará a Psicoeducação do trabalho, com a utilização da abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (BECK, 2013). E, por fim, a tarefa de casa, que será refletir sobre os pensamentos que lhes têm tomado mais tempo, nos últimos dias, e definir se são pensamentos positivos ou negativos.

Sessão 3

Fazer uma breve retomada da tarefa da sessão anterior, perguntar aos participantes se a maioria dos seus pensamentos foram positivos ou negativos, e se alguém percebeu como os pensamentos podem afetar os seus sentimentos. Aproveitando a discussão da tarefa, a acadêmica falará sobre os Pensamentos Automáticos e como eles podem influenciar os sentimentos que afetam também o comportamento de cada um (STARLLARD, 2009).

Nesta sessão, o foco será o estresse que cada um dos acompanhantes sofre. Será realizada também a técnica de respiração: com uma música baixinha, aos poucos eles irão relaxando e realizando a respiração, até que todos se sintam bem relaxados. “Em seguida, a acadêmica levará os participantes à reflexão das mudanças que precisam realizar em suas vidas, seus pensamentos, sentimentos e comportamentos” (LIPP; YOSHIDA, 2012, p. 184).

Para lidar melhor com o estresse, serão apresentados exercícios de respiração profunda e relaxamento para serem executados todos os dias, e os integrantes do grupo serão chamados à reflexão sobre o fato de o seu modo de pensar estar relacionado com os seus sentimentos (LIPP; YOSHIDA, 2012, p. 184, 185).

Sessão 4

A acadêmica iniciará a sessão com a abordagem da tarefa da sessão anterior. Durante a discussão sobre os pensamentos que levam aos sentimentos e conseqüentemente ao comportamento, será feita uma introdução sobre os pensamentos automáticos disfuncionais (STALLARD, 2009).

A acadêmica falará também sobre as crenças intermediárias e as crenças centrais que cada indivíduo forma ao longo de sua vida, como trabalhar com os pensamentos automáticos a fim de que ocorra uma mudança nos sentimentos para a formação de novos comportamentos. Em seguida, será aplicada a técnica: Se... então... (STALLARD, 2009).

Por fim, antes de terminar a sessão, o grupo realizará a dinâmica do jogo do andar: a acadêmica pedirá aos participantes para se colocarem em pé e seguirem as suas instruções. Por exemplo, andar de modo normal, andar com um pé só, pular, andar em câmera lenta, correr, andar nas pontas dos pés, andar só com os calcanhares, andar como se fossem cegos (LOPES; PONTES, 2000).

Como tarefa de casa, perceber o pensamento automático, mudar para um bom pensamento e perceber a reação do corpo com relação ao sentimento e ao comportamento subsequente.

Sessão 5

A sessão terá início com a correção da tarefa da sessão anterior, logo após a discussão da tarefa, a acadêmica irá trabalhar com o grupo sobre as Crenças Nucleares que a pessoa tem sobre si mesmo, e sobre os outros, por exemplo: “Crenças Nucleares de desamparo (sou fraco, sou um perdedor), Crenças Nucleares de desamor (não sou atraente, não sou amado), e Crenças Nucleares de desvalor (não tenho valor, não mereço viver)” (BECK, 2013, p. 254).

Após discorrer sobre as Crenças Nucleares, a acadêmica fará uma discussão com o grupo para que cada um possa perceber quando e porque começou a se sentir assim. Depois, estimulará os participantes a incentivarem uns aos outros sobre o valor e o respeito que cada um tem, para que, assim, todos sejam levados a ter pensamentos positivos sobre si mesmos, pensamentos que lhes devolvam a autoestima. Discutir com o grupo sobre a importância de cada um fazer algo que goste, que lhe traga prazer (BECK, 2013). E, por último, realizar com o grupo a dinâmica do espelho.

A preparação do jogo começa com a acadêmica solicitando que todos os participantes formem uma fila única em frente a uma mesa, em cima da qual uma caixa fechada deverá estar posicionada. Então, será explicado que dentro da caixa há uma foto de alguém que é muito importante para ela.

Todavia cada integrante do grupo vai ver que, na verdade, não existe foto alguma, apenas um espelho que reflete a sua própria imagem. É interessante olhar a reação da pessoa. Ver qual a sua expressão facial ao se deparar consigo mesma. Conforme cada um vai olhando na caixa, deverá relatar o que sente sobre aquela pessoa que está vendo (FLIGIE-PAYA, 2013).

Tarefa para casa: realizar pelo menos 2 atividades que lhe deem prazer, pode ser algo que se realiza só ou acompanhado, desde que tenha satisfação em realizar tais atividades.

Sessão 6

A acadêmica apresentará estratégias para controlar os pensamentos. “Começamos a pensar coisas negativas sobre nós mesmos sobre o que fazemos e o que esperamos que aconteça no nosso futuro, acabamos aceitando esses pensamentos como verdadeiros. Eles ficam mais fortes” (STARLLARD, 2012, p. 117). As estratégias apresentadas serão: O rastreador de pensamentos, a distração, quebra-cabeças mentais, atividades interessantes e fala interna positiva. Ao final da sessão a acadêmica fará a dinâmica: Exercite o seu sucesso, através de um treino mental, onde a pessoa deverá imaginar uma situação que lhe traz medo, ansiedade e ela prefere não enfrentá-la. Primeiro, ao imaginar a situação, a pessoa vai descrever detalhadamente: Quem estará lá; a hora do dia; o que estará vestindo; as cores, o

cheiro, o som. Em seguida ela deverá repetir em voz alta o seu desafio: o que ela fará; o que ela dirá; o que as outras pessoas farão; o que dirão; e o que acontecerá. A pessoa poderá fazer esse exercício por várias vezes em casa como tarefa, até que ela se sinta segura para enfrentar a situação (STARLLARD, 2012).

Sessão 7

A sessão começará com a abordagem das tarefas, pedindo que cada participante relate como foi o desafio para a mudança de pensamentos. Em seguida destacará a importância de cada um separar um tempo no dia para a prática de uma atividade física, se não conseguirem algo mais elaborado, pelo menos uma caminhada diária (STARLLARD, 2012). Lembrá-los também de se alimentarem bem e a prática do relaxamento com o exercício de respiração. Exercício para casa: tentar mudar o modo de pensar, percebendo quais são as coisas que lhe aborrecem diariamente. Ao final da sessão realizar a dinâmica da bala. Várias balas serão escondidas em lugares diferentes pela sala, com o grupo fora dela. A acadêmica, então, pede para eles entrarem na sala e procurarem as balas. Aquele que encontrar uma bala deve mostrá-la. Quando todas as balas forem achadas eles se sentam e cada um relatará qual foi a sensação ao encontrarem a bala (DESPERT RH, 2018).

Sessão 8

Será desenvolvido com o grupo o fortalecimento de novas Crenças Nucleares. As crenças de desamor passarão a ser crenças de amor, as de desvalor passarão a ser de valor e as de desamparo passarão a ser de amparo (BECK, 2013). Através de questionamento, a acadêmica fará com que cada um perceba e declare seus pontos positivos. Quando se faz uma reflexão, cada pessoa percebe seus pontos positivos. Ao trabalhar com essas novas crenças positivas, pede-se para cada um deles relatarem uma experiência onde colocou esse seu ponto positivo em ação (BECK, 2013). Em seguida, será aplicada a dinâmica da Estátua com emoção. Toca-se uma música e todos começam a andar e dançar. Quando a música parar todos devem ficar em posição de estátua e, além disso, representar uma emoção. A cada rodada, alguns participantes serão escolhidos para adivinharem as expressões dos outros participantes (TOMAZ, 2009).

Como tarefa para casa, cada participante deverá pensar sobre as suas novas Crenças Nucleares, que serão as Crenças positivas, de amor, valor e amparo.

Sessão 9

A acadêmica iniciará a sessão com a retomada da tarefa da sessão anterior, em seguida trabalhará com o grupo o reforço da Reestruturação Cognitiva (identificação dos pensamentos disfuncionais), como a ansiedade é sentida por todos os participantes do grupo. Segundo Ragazzo (2004), “a Reestruturação Cognitiva visa corrigir pensamentos antecipatórios, catastróficos, e expectativas negativas sobre acontecimentos futuros”.

De acordo com Kendall (2006, *apud* RONDINA, 2009) a reestruturação cognitiva visa corrigir os pensamentos negativos que a pessoa tem sobre si mesma, que, em geral, são irreais e contribuem para manutenção e agravamento do problema, seja comportamental ou emocional.

Diante dessas descrições, a acadêmica trabalhará com o reforço da Reestruturação a fim de uma mudança contínua nos pensamentos, sentimentos e comportamentos dos componentes do Grupo de Terapia Breve, revendo a evolução que cada participante teve durante o processo terapêutico. Nesta sessão também serão trabalhadas as novas ideias para o futuro, levando cada participante a se valorizar e continuar acreditando em um futuro melhor (LIPP; YOSHIDA, 2012). Em seguida, antes do encerramento da sessão, haverá um exercício em duplas, uma pessoa dizendo para a outra o que ela percebeu de mudança na vida de cada uma delas.

Sessão 10

A acadêmica começará agradecendo a todos os participantes do Grupo de Terapia Breve e, em seguida, pedirá para que cada um se levante, fique em frente ao grupo e fale o que o Grupo terapêutico mudou em sua vida. Como ele pensava e agia antes da terapia de grupo e como ele está agindo após a terapia (SILVEIRA, 2008). Após ouvir cada um dos participantes, a acadêmica falará sobre o que ela percebeu de mudança em cada um deles, fará um reforço para que cada um continue a praticar os exercícios de relaxamento respiratório, bem como a manutenção das mudanças de pensamentos disfuncionais. Para encerrar os trabalhos, será feita uma festinha de despedida com o grupo, com a psicóloga da instituição e também com algumas pessoas que ajudaram na realização da Terapia Breve de Grupo na Clínica de Tratamento de pacientes Renais em Sinop – MT.

Devido à pandemia de Covid-19, a realização das 10 sessões de Psicoterapia Breve com apenas um grupo não foi possível. Os acompanhantes ficaram afastados da Clínica de Tratamento Renal por seis meses e estão voltando aos poucos, mas, mesmo assim, ainda não

estão vindo com frequência. Por esse motivo, a acadêmica só pôde realizar duas sessões de Psicoterapia Breve com dois pequenos grupos com 4 acompanhantes cada um, e para completar os dados da pesquisa houve um tempo de escuta do trabalho de acompanhante de uma auxiliar de enfermagem que estava acompanhando dois pacientes em tratamento renal na Clínica de Tratamento Renal em Sinop-MT. Pacientes estes, que são procedentes da cidade de Colíder no estado de Mato Grosso.

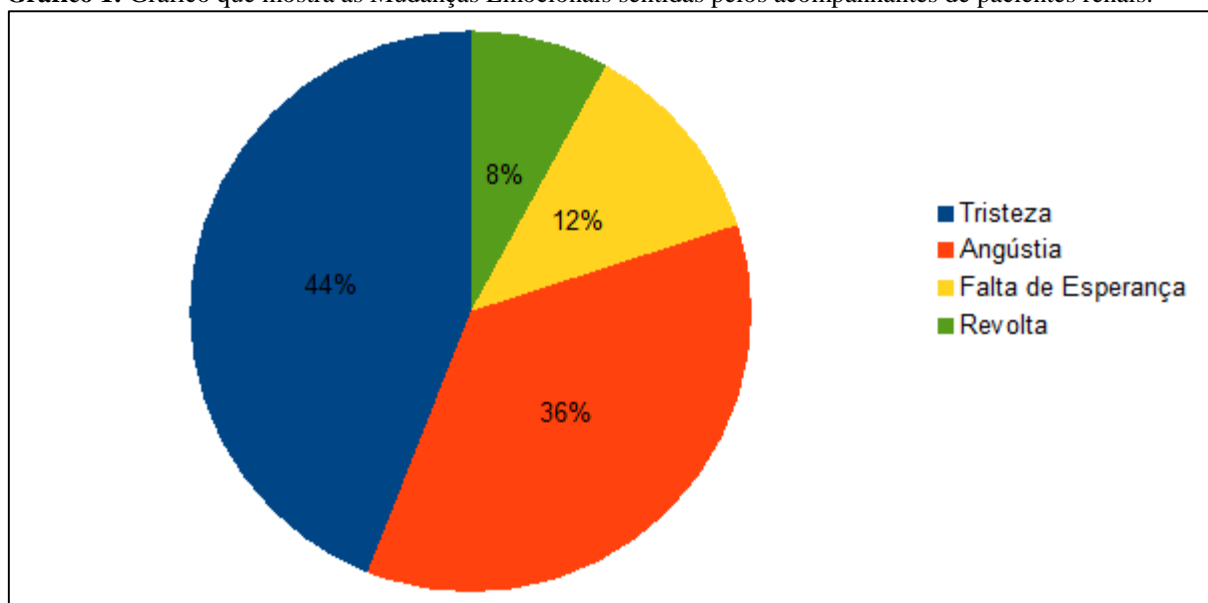
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Os dados dispostos a seguir tratam-se do resultado da pesquisa executada no mês de outubro do ano de 2020. Realizada durante as duas primeiras semanas do mês, no Centro de Tratamento Renal, em Sinop-MT.

Foi realizado um questionário contendo 11 perguntas abertas, sendo que 4 delas davam ao participante o direito de explicar, quando a resposta era afirmativa. Assim, foram constatadas as principais mudanças nos acompanhantes, para uma possível intervenção.

No primeiro gráfico, constatou-se que os acompanhantes de pacientes em tratamento renal, ao serem questionados sobre as mudanças emocionais ocorridas em suas vidas durante o processo de acompanhamento ao paciente, responderam:

Gráfico 1: Gráfico que mostra as Mudanças Emocionais sentidas pelos acompanhantes de pacientes renais.



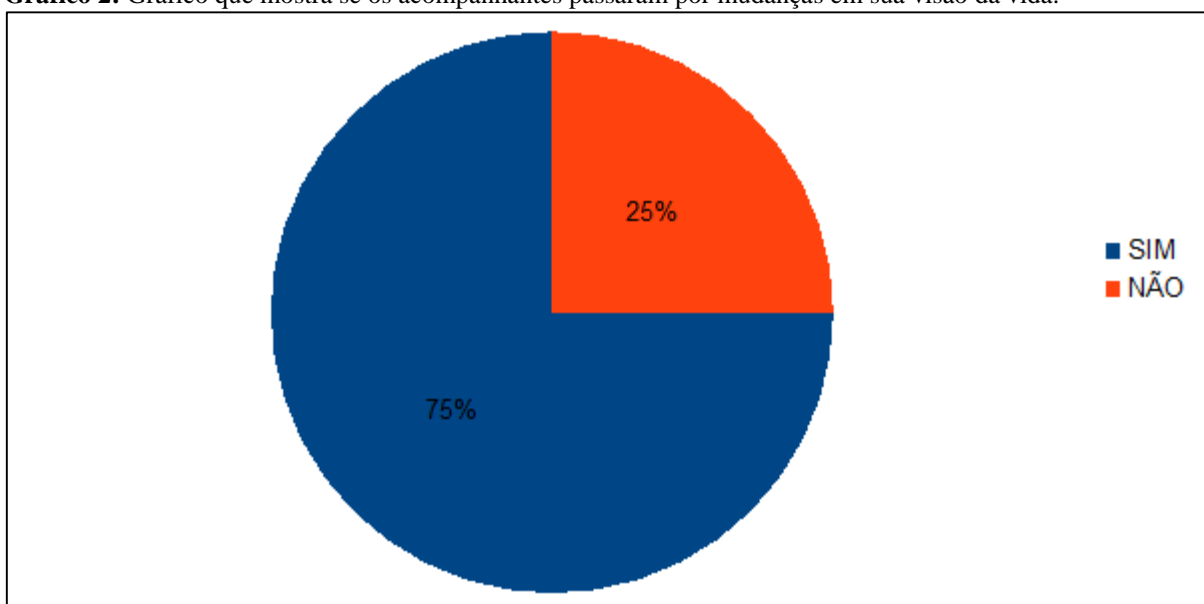
Fonte: Própria (2020).

Conforme relatado, o grupo de pesquisados foi composto por 20 acompanhantes, no entanto percebeu-se que eles relataram mais de uma mudança emocional. Dos 44% que responderam que sentem tristeza, duas pessoas responderam que sentem angústia, e outros dois responderam que também sentem a falta de esperança. Uma pessoa respondeu que além da tristeza, sente angústia e revolta. De acordo com Chagas (2004) e Franco (2002), essas mudanças ocorrem devido ao tempo que os acompanhantes terão que disponibilizar ao paciente, o que faz com que esses acompanhantes se privem até dos cuidados de si mesmos.

Além da preocupação com a saúde do paciente e da necessidade de estar sempre ajudando-o e incentivando-o no enfrentamento das dificuldades que esse tratamento causa. Carvalho (2008) fala sobre as Mudanças Emocionais vivenciadas pelas pessoas que acompanham os pacientes em tratamentos renais, destacando a importância da necessidade do trabalho terapêutico com esses acompanhantes.

O segundo gráfico refere-se ao questionamento realizado com os acompanhantes de pacientes renais sobre as mudanças na visão da vida.

Gráfico 2: Gráfico que mostra se os acompanhantes passaram por mudanças em sua visão da vida.



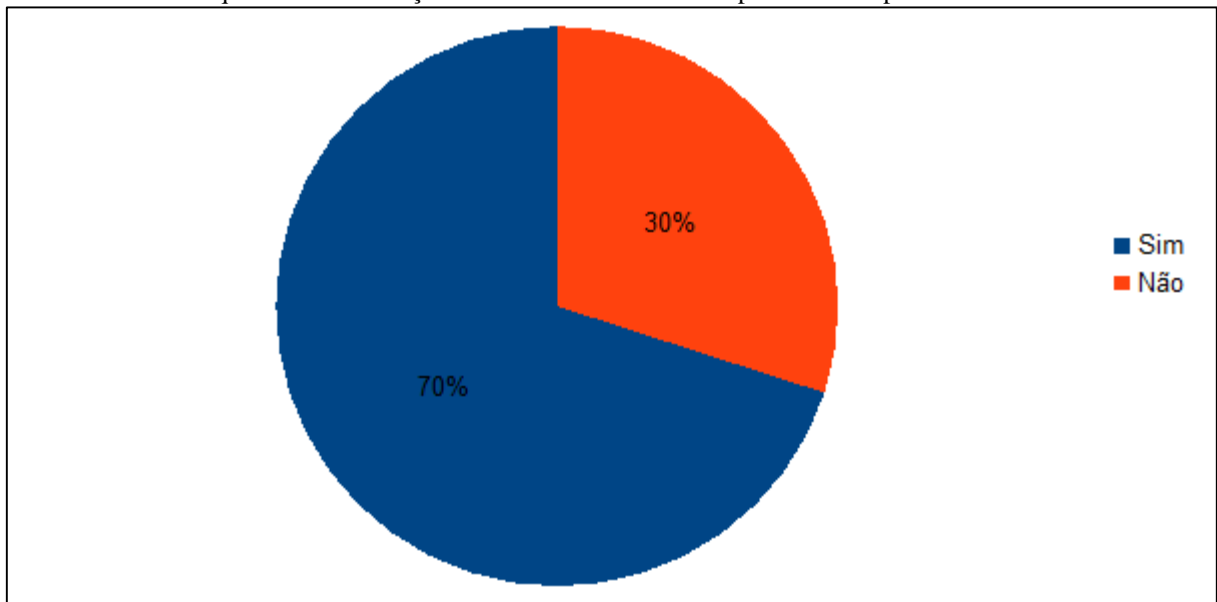
Fonte: Própria (2020).

Além das opções “sim” e “não”, o acompanhante que respondesse “sim” tinha a oportunidade de dizer em que sentido, ou por que a sua visão da vida tinha sofrido mudanças. 75% dos acompanhantes responderam que sim, a sua visão da vida teve mudanças após começar a acompanhar o paciente em tratamento renal, e 25% responderam que não tiveram mudanças na sua visão da vida. O que todos os sete acompanhantes que responderam sim disseram foi que ‘aprenderam a dar mais valor à vida e às pequenas coisas que a vida oferece’.

De acordo com Dahdah *et al.* (2013), além de ser difícil o trabalho que o acompanhante de paciente renal realiza no cuidado com esse paciente, lidar com as limitações humanas, com a doença e a morte, faz com que a visão que a pessoa tem da vida sofra mudanças.

O terceiro gráfico é referente ao questionamento de mudanças na rotina de vida dos acompanhantes de pacientes renais, com as opções de respostas “sim” e “não”, também com a opção de relatar quais foram as mudanças de rotina se a resposta fosse afirmativa. Duas pessoas relataram mudança de cidade; uma pessoa disse que sua vida financeira mudou muito e uma outra relatou sofrer dificuldades no transporte. Por fim, duas outras pessoas afirmaram que tiveram que parar de trabalhar para realizar essa função e, além disso, tiveram dificuldades em aceitar essa situação de doença e dependência do paciente em tratamento renal.

Gráfico 3: Gráfico que mostra mudanças na rotina de vida dos acompanhantes de pacientes renais.



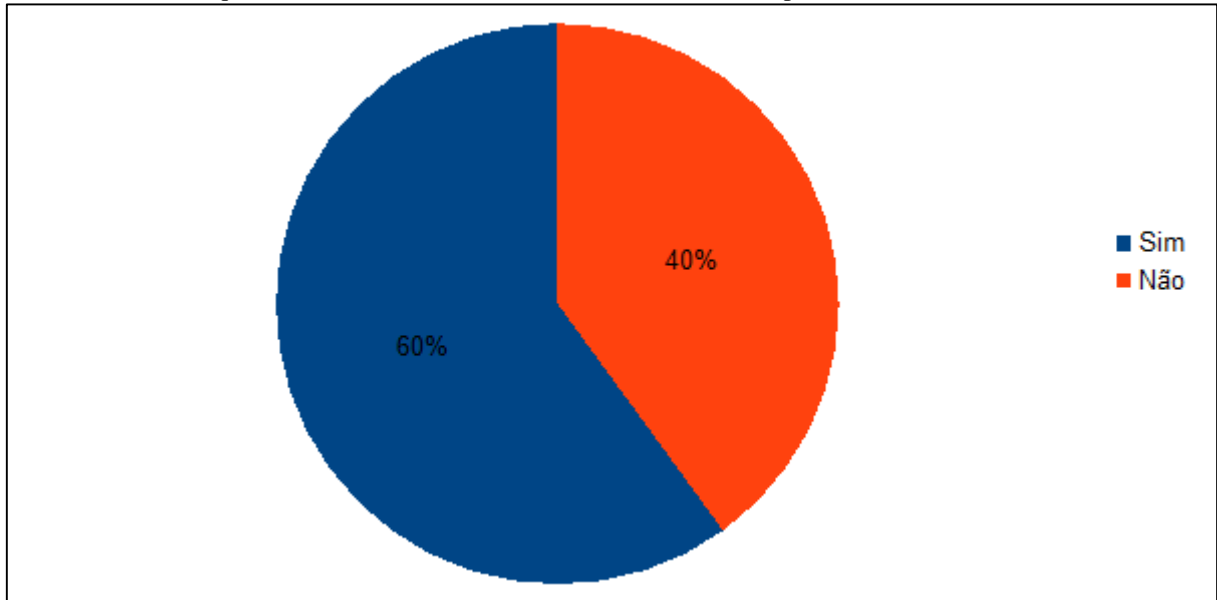
Fonte: Própria (2020).

Segundo Peres (2012), a rotina dos acompanhantes é totalmente modificada, de acordo com as necessidades internas e externas do paciente.

O tratamento é longo e geralmente traz consigo algumas ameaças para a família toda. O paciente e o acompanhante passam em média 10 horas por semana em função do tratamento Renal, o que acarretará com certeza a mudança na rotina de vida, tanto de um como do outro (SANTOS, 2008, *apud* TEIXEIRA, 2008).

O quarto gráfico refere-se ao questionamento se ao lidar com a doença e o tratamento o acompanhante tem problemas com a ansiedade.

Gráfico 4: Gráfico que mostra a ocorrência de ansiedade durante o acompanhamento.



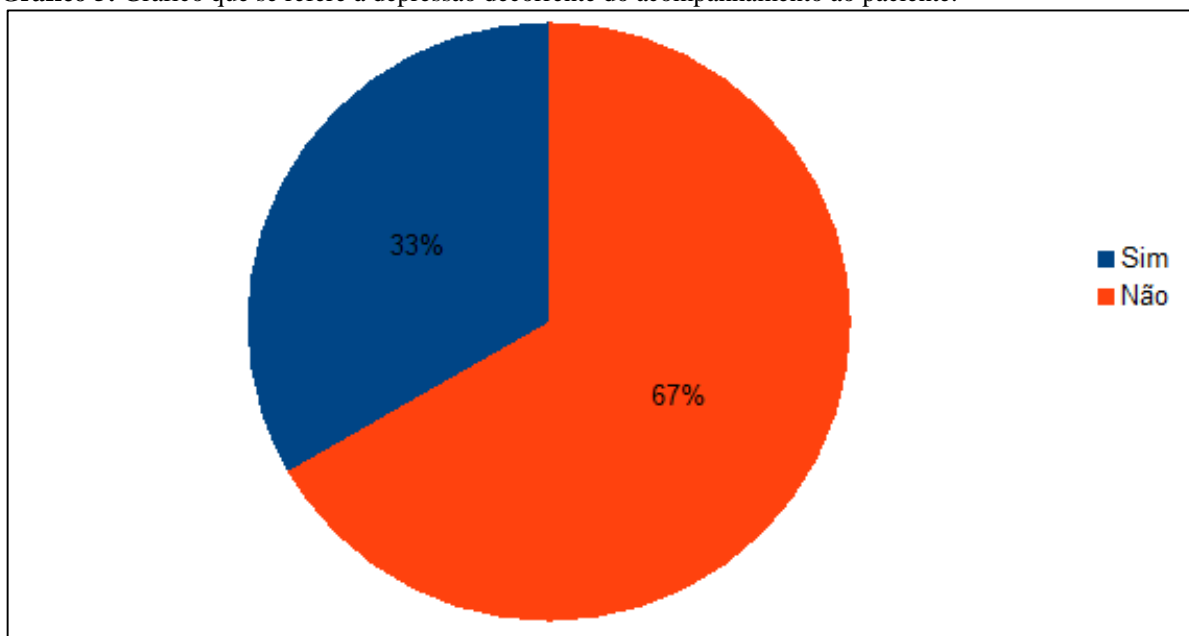
Fonte: Própria (2020).

Conforme Santos (2008), acompanhar o paciente sem saber quanto tempo vai durar o tratamento, se ele vai sarar da doença, se vai morrer, se vai conseguir um transplante e ficar bem, tudo isso gera ansiedade. O fato de a vida do paciente e do acompanhante se processar de maneira totalmente diferente é também causador de ansiedade nessas pessoas.

Rolland (2011) também relata que a doença renal altera os níveis de ansiedade na família do paciente, bem como naqueles que acompanham esses pacientes no tratamento. As angústias, tristezas e incertezas com relação ao tratamento e principalmente como o paciente vai reagir ao tratamento trazem ansiedade a todos os que cercam o paciente, em especial à família e àquele que acompanha tão de perto esse tratamento invasivo.

O quinto gráfico refere-se ao questionamento da ocorrência de depressão, durante o processo de acompanhamento ao paciente em tratamento renal, na família do paciente, bem como naqueles que acompanham esses pacientes no tratamento.

Gráfico 5: Gráfico que se refere à depressão decorrente do acompanhamento ao paciente.



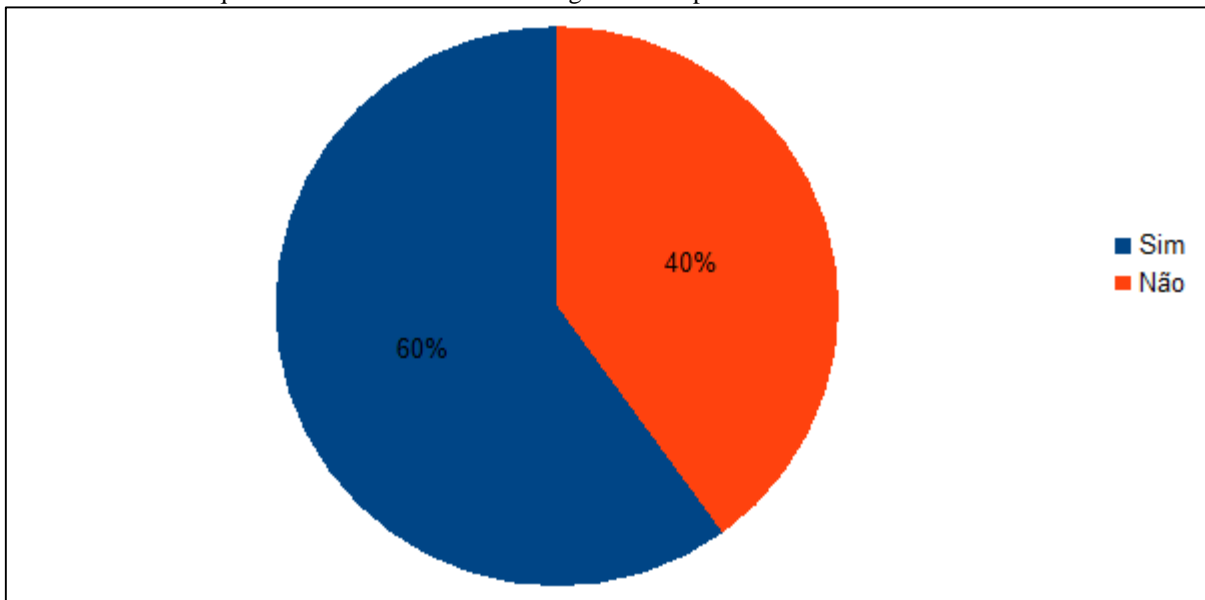
Fonte: Própria (2020).

Percebe-se que o processo de cuidar é muito difícil, e exige uma inter-relação entre paciente e cuidador, que pode levar o cuidador ao adoecimento. Por isso a necessidade que o cuidador tem de suporte, oferecido pelos outros familiares, a fim de que ele não venha a sofrer em um futuro próximo, com doenças físicas e principalmente psicológicas (ansiedade, depressão, etc.) (BRITO, 2019).

Miyashita *et al.* (2009, *apud* COSTA, 2013) dizem que muitos acompanhantes sofrem de depressão, durante o acompanhamento, pelo “peso” do cuidar. Além do contexto que o cuidar traz e também as limitações que o paciente renal apresenta durante o tratamento com as várias idas semanais para a realização da hemodiálise.

O sexto gráfico refere-se ao sentimento de angústia durante o tempo em que o acompanhante de paciente renal espera por esse paciente durante a hemodiálise.

Gráfico 6: Gráfico que se refere ao sentimento de angústia na espera do tratamento hemodialítico.



Fonte: Própria (2020).

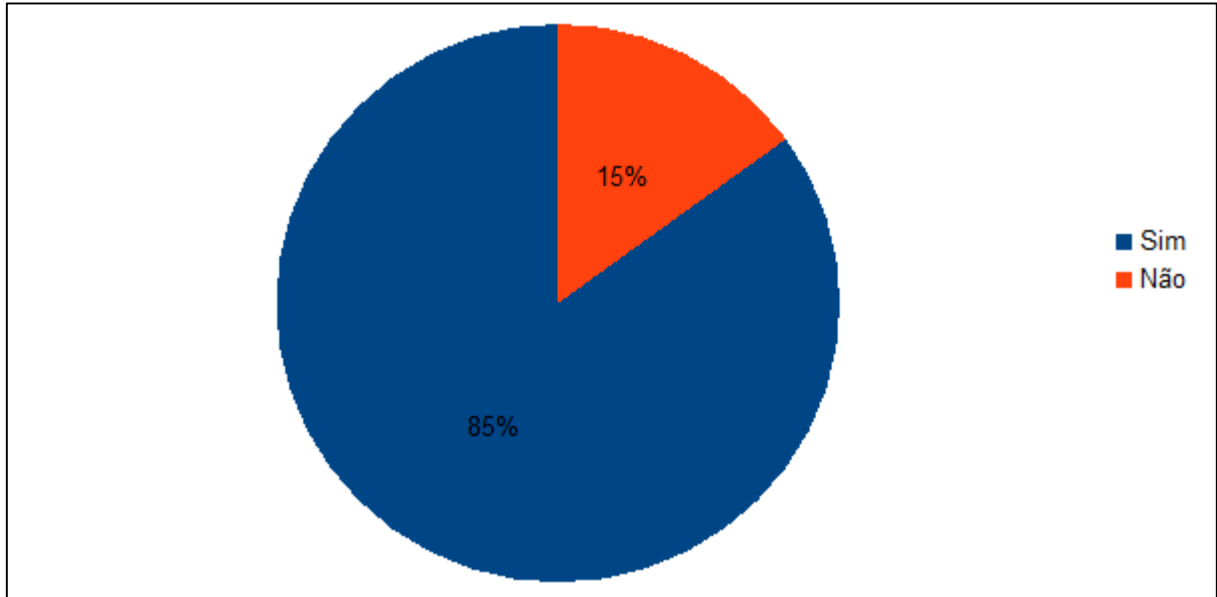
Foram 12 os acompanhantes que responderam “sim”, e eles tinham a opção de dizer o porquê da angústia durante o tempo de espera. Sete deles responderam: dois disseram que é porque não sabem como o paciente vai estar após o tratamento hemodialítico. Outros dois disseram que é difícil esperar para qualquer coisa. Mais dois disseram que é cansativo o tempo de espera. E uma pessoa disse que o paciente nem sempre reage bem ao tratamento.

De acordo com Santos (2008), a espera é difícil para o acompanhante, pois acontece três vezes por semana, sem interrupção, por um período médio de 4 horas em cada sessão de hemodiálise. O tratamento é vital para o paciente, então não há outra opção para o cuidador a não ser acompanhá-lo. Isso leva a uma mudança significativa na rotina da vida do acompanhante, que passará a viver quase que em função desse paciente e de seu tratamento renal.

Conforme Santos (2008, *apud* TEIXEIRA, 2008), a doença renal traz aos cuidadores a responsabilidade pela vida do outro, despertando neles uma postura de manter o doente ativo para que ele não se entregue à tristeza ou às frustrações provenientes do tratamento.

O sétimo gráfico refere-se ao questionamento da participação do acompanhante em um grupo de Psicoterapia Breve, onde poderá compartilhar suas angústias, tristezas, revoltas, e medos com os outros participantes.

Gráfico 7: Gráfico que se refere à participação dos acompanhantes em Grupo de Terapia Breve.



Fonte: Própria (2020).

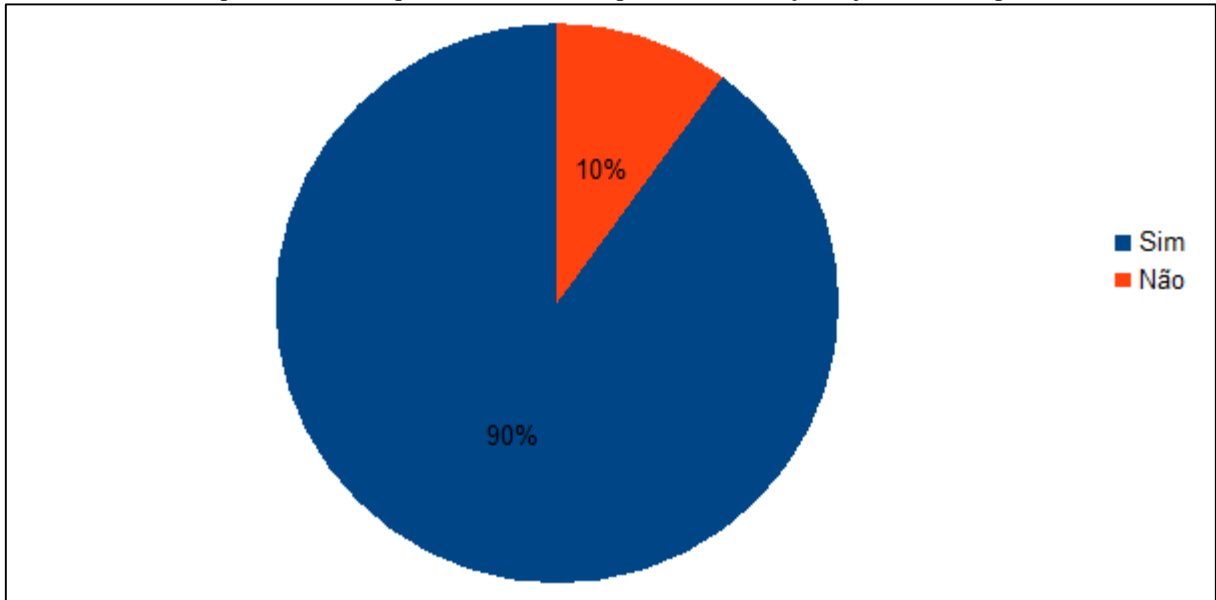
Segundo Salgado, Castelo Branco e Machado (2016), a Terapia de Grupo dará aos acompanhantes a oportunidade de falar sobre os seus sentimentos e emoções, sobre as suas dificuldades na realização do trabalho de ser acompanhante de pacientes renais.

Essa terapia será um lugar onde os participantes poderão compartilhar os mesmos sentimentos e se sentirem apoiados na árdua tarefa que executam ao cuidar do paciente em tratamento renal.

No grupo, uma dinâmica de identificação é favorecida e aliada a um clima de confiança. Nesse espaço é possível compartilhar os sentimentos de dor e de culpa. Além disso, poderão ser trabalhadas as estratégias de enfrentamento para a doença e o tratamento renal (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2012, *apud* SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO, 2016).

O oitavo gráfico diz respeito ao questionamento: conversar com alguém, que também faz o trabalho de acompanhante, te ajuda a entender melhor as suas próprias angústias?

Gráfico 8: Gráfico que se refere ao questionamento: compartilhar as emoções ajuda os acompanhantes?



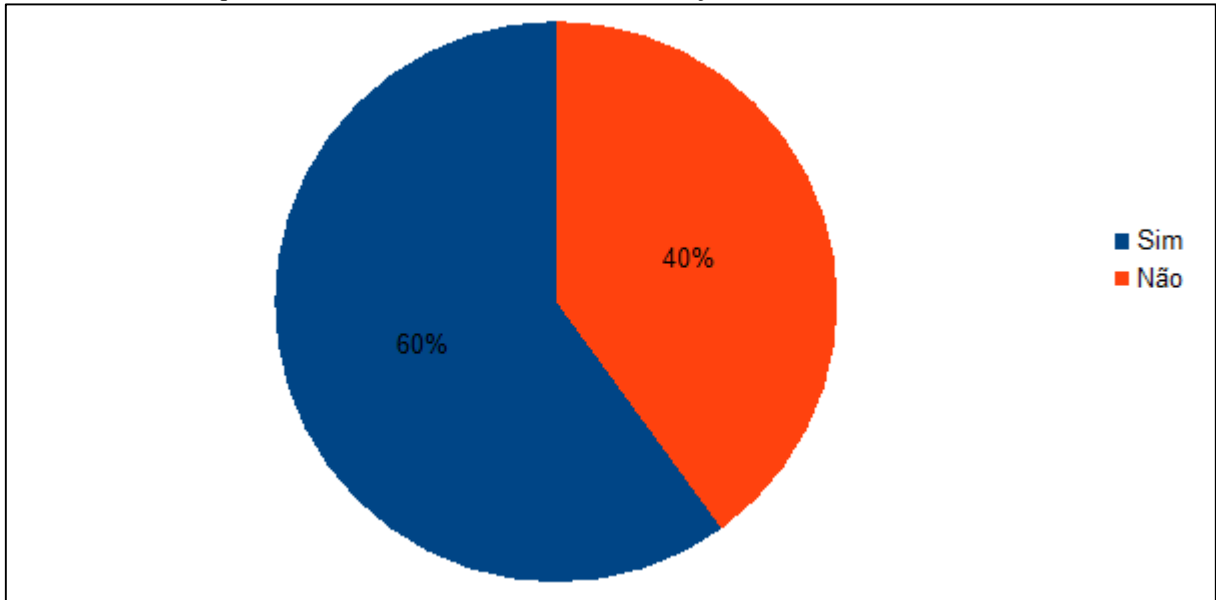
Fonte: Própria (2020).

Conforme Ladeia (2013), compartilhar os próprios problemas e angústias com os outros acompanhantes proporciona um entrosamento entre eles, o que faz com que a carga emocional que cada um carrega fique mais leve e o tempo de espera pareça menor (passe mais rápido).

De acordo com Motta e Santos (2002, *apud* ANDRÉA, 2009), conversar com outros acompanhantes ajuda na superação de momentos difíceis durante o tratamento e também faz com que nenhum deles se sinta só em sua dor. A semelhança do sofrimento se torna um elemento aglutinador que pode transformar aspectos negativos em oportunidades de apoio entre os Acompanhantes.

O nono gráfico aborda o questionamento sobre o conhecimento do acompanhante sobre a doença e o tratamento renal.

Gráfico 9: Gráfico que se refere ao conhecimento sobre as Doenças e Tratamentos Renais.



Fonte: Própria (2020).

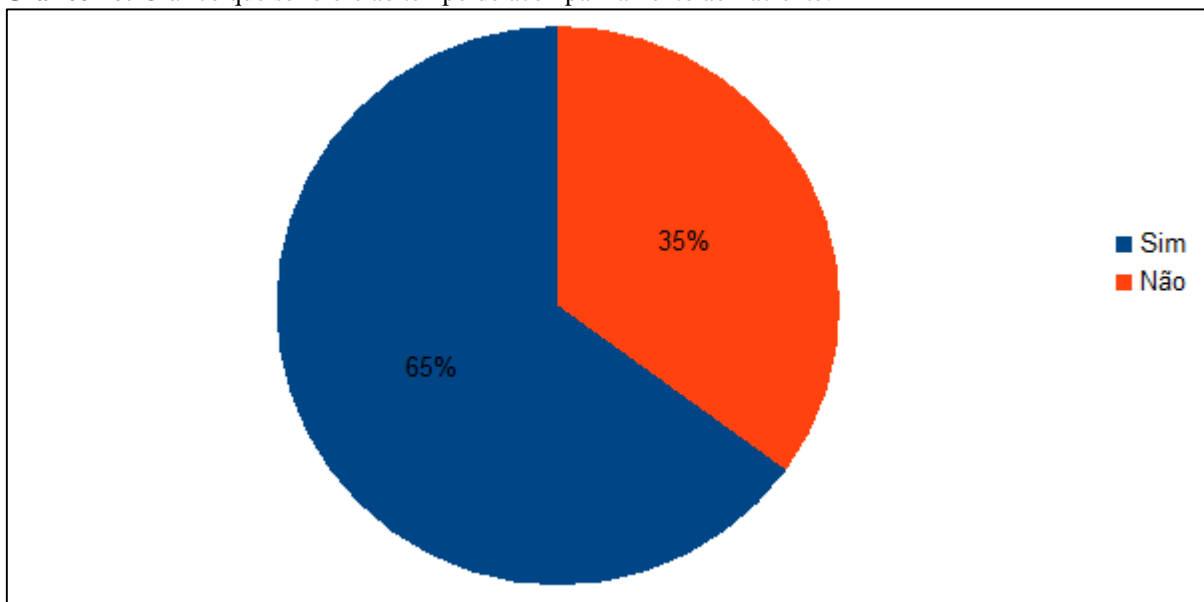
Conforme Salgado, Castelo Branco e Machado (2016), o esclarecimento e a comunicação com a equipe de saúde podem ajudar o acompanhante no conhecimento sobre a doença e o tratamento renal e, por consequência, pode ajudar a saber como lidar melhor com o paciente.

A falta de informação sobre a doença e o tratamento renal faz com que o cuidador fique aflito, portanto é muito importante que esse acompanhante aprenda sobre todos os cuidados que ele precisa ter com o paciente, a fim de ajudá-lo da melhor forma possível, colaborando com o doente no enfrentamento das questões relativas à doença (SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO, 2016).

O acompanhante é aquele que é responsável pelo paciente durante todas as etapas do tratamento. As angústias sobre a melhora do doente e a falta de informações sobre a doença deixam o acompanhante aflito, todavia ele precisa seguir em frente para colaborar com o doente em relação a suas angústias do adoecer (SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO, 2016).

O décimo gráfico refere-se ao tempo em que o cuidador acompanha o Paciente, se esse acompanhamento ocorre há mais de um ano, ou menos de um ano.

Gráfico 10: Gráfico que se refere ao tempo de acompanhamento ao Paciente.



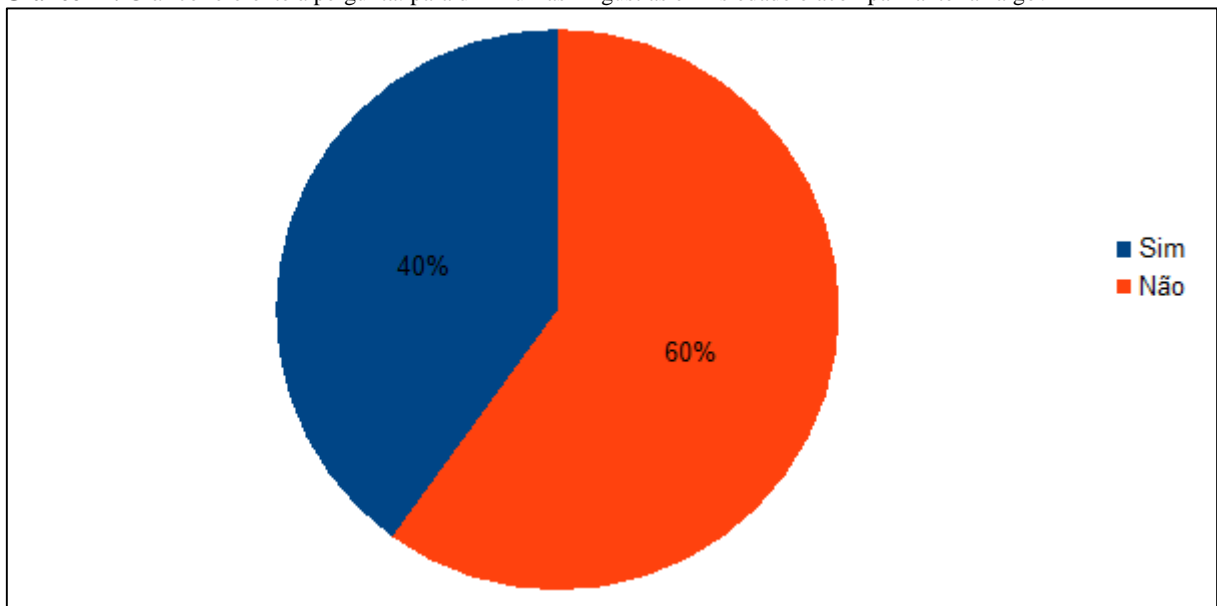
Fonte: Própria (2020).

Peres (2012) relata que quando um membro da família fica hospitalizado ou está em Tratamento gera estresse na família, bem como na vida do acompanhante (se este não fizer parte da família). A rotina desse cuidador será totalmente modificada. A hospitalização ou um tratamento longo vem como uma ameaça para o acompanhante.

Segundo Ramos (2003), a família passa por uma crise, nesse momento em que seu ente querido está enfermo, em estado crônico ou grave, ela se sente impotente diante dessa situação. Suas dificuldades são muitas, primeiro, ela não entende porque isso está acontecendo, segundo, o medo que o paciente venha a falecer é muito grande. Se o Tratamento é demorado, essa angústia e medo tendem a aumentar devido às muitas mudanças que ocorrem na vida da família. Terceiro, o ambiente hospitalar é um ambiente triste e de sofrimento e, por fim, ela não sabe como lidar com seus sentimentos conflitantes.

O décimo primeiro gráfico mostra o resultado do questionamento que quer saber se o Acompanhante faz alguma coisa para diminuir as suas angústias e ansiedade durante o tempo em que acompanha o paciente em tratamento renal. Foi dada a opção de o entrevistado que respondesse “sim”, também pudesse dizer o que ele faz para diminuir suas angústias e a ansiedade. Das oito pessoas que responderam fazer algo em relação ao exposto acima, uma respondeu estar fazendo tratamento psiquiátrico, outra respondeu que leva seu notebook e trabalha enquanto espera o paciente. Essa mesma pessoa disse que às vezes vai ao mercado. Uma terceira pessoa respondeu que chora enquanto espera. Por fim, duas outras pessoas responderam que conversam com os outros acompanhantes enquanto esperam pelo Tratamento. Segundo os entrevistados que justificaram fazer algo para diminuir suas angústias e ansiedades, as coisas que fazem os ajudam na diminuição desses sentimentos, além disso, fazem com que o tempo de espera fique mais fácil de enfrentar.

Gráfico 11: Gráfico referente à pergunta: para diminuir as Angústias e Ansiedade o acompanhante faz algo?



Fonte: Própria (2020).

Segundo Santos (2008), pelo fato de a vida do Acompanhante sofrer uma mudança grande, levando-o a viver muito em função do paciente, eles precisam de cuidados, de atenção psicológica.

Brito (2019) fala da necessidade que o acompanhante tem de um suporte dentro da família, para que ele não venha a desenvolver doenças físicas e psicológicas.

4.1 Relato das Sessões de Psicoterapia Breve Realizadas

Primeira Sessão

No primeiro dia do mês de outubro do ano de dois mil e vinte, a acadêmica se reuniu com quatro acompanhantes de pacientes renais, na Clínica de Tratamento Renal, na cidade de Sinop-MT.

A sessão foi realizada na sala de espera da clínica, os acompanhantes eram três mulheres e um homem, sendo que as mulheres tinham 61 anos, 54 anos e 18 anos de idade. O homem, um rapaz, também com dezoito anos. A acadêmica fez o acolhimento dos acompanhantes.

No acolhimento, se faz necessário, além de uma escuta respeitosa, uma postura continente, com o mínimo de interferências, e, no final da sessão, reservaram-se alguns instantes para verificar como a pessoa se sentia e se o fator organizador do acolhimento pôde ser observado (WERBA, 2003).

A acadêmica se apresentou e pediu para que cada um deles se apresentasse também, em seguida, perguntou a cada um dos participantes do grupo, quem eram as pessoas que cada um estava acompanhando ao tratamento renal.

O rapaz de dezoito anos estava acompanhando o pai dele, as mulheres de 54 e 61 anos acompanhavam seus respectivos esposos, e a jovem de dezoito anos estava acompanhando um amigo. A jovem foi questionada quanto ao local onde conheceu esse amigo, ao que ela respondeu que o conheceu na igreja. Outro questionamento realizado pela acadêmica foi sobre o porquê de ela estar acompanhando esse amigo. E a resposta foi que ele não tem ninguém da família na cidade que possa lhe acompanhar. Esse paciente está fazendo o tratamento há um ano.

Os outros três acompanhantes afirmaram que os pacientes que eles acompanham já fazem o tratamento há mais de quatro anos. O esposo da mulher de 54 anos, além de realizar o tratamento renal, tem uma perna amputada, amputação essa que ocorreu antes de ele iniciar o tratamento hemodialítico. Essa acompanhante afirmou que tem um bom relacionamento com o esposo e faz o acompanhamento com amor.

“O cuidado não se esgota num ato que começa e acaba em si mesmo. É uma fonte permanente de atos, atitude que se deriva da natureza do ser humano” (BOFF, 2003, p. 28, *apud* SONNEBORN; WERBA, 2004).

Essa senhora também disse que recebe ajuda das filhas nos cuidados com a casa. Com relação ao transporte, para o tratamento na clínica durante os três dias da semana, eles

fazem com uma van da prefeitura da cidade, que é designada para essa missão. O casal morava em Marcelândia e precisou se mudar para Sinop devido ao tratamento renal.

A família exerce um papel muito importante na vida do indivíduo, principalmente quando ele começa um tratamento tão invasivo e que, de uma forma ou de outra, além de mudar a rotina de vida desse indivíduo, vai mudar também a rotina familiar (RAMOS, 2012).

A Acompanhante de 61 anos declarou que, apesar de o esposo estar fazendo o tratamento renal há mais de quatro anos, ela o acompanha há um ano. Quando a acadêmica lhe perguntou quem o acompanhava antes disso, ela respondeu: “a outra”.

Segundo essa acompanhante, seu esposo sempre saía com outras mulheres, e, quando começou o tratamento renal, ele estava vivendo com “a outra”. Mas foi abandonado por ela e, por pena, a entrevistada o recebeu de volta em casa e cuida sozinha dele. Os filhos não ajudam o pai em nada, dizem que ele sempre foi um pai ausente e por isso não merece ser cuidado por eles agora.

“A escuta deve ser pautada no respeito e solidariedade e isenta de julgamento e juízo de valor, a fim de que seja assegurado, um espaço acolhedor e que a pessoa possa expressar seus sentimentos e experiência que lhe causa sofrimento psíquico” (WERBA, 2013, p. 6).

O acompanhante de 18 anos ajuda seu pai de 61 anos, ele tem mais um irmão que acompanhava o pai antes, mas agora é ele quem faz esse trabalho. Segundo ele, a mãe é idosa, o irmão se casou, e ele, como filho, tem a obrigação de cuidar do pai, em retribuição ao cuidado que recebeu desde pequeno.

Esse rapaz e seu pai moram em Cláudia, saem da cidade três vezes por semana, às oito horas da manhã, e só retornam às 16 horas. Eles passam praticamente o dia todo na clínica nas três vezes por semana que vêm para Sinop a fim de realizar o tratamento hemodialítico.

As duas mulheres, de 54 e 61 anos, tornaram-se amigas. Elas se conheceram na sala de espera da clínica e, sempre que podem, conversam bastante, dividindo as cargas que cada uma carrega.

Durante a sessão, perguntou-se aos acompanhantes se eles estavam dispostos a participar de um grupo terapêutico, e os quatro participantes disseram que sim. A acadêmica ouviu cada um deles falando sobre a experiência de ser acompanhante, e todos afirmaram não ser uma tarefa fácil, todavia se sentem gratos por estarem com saúde e poderem ajudar nessa árdua tarefa. Discutiu-se também, durante essa sessão, a mudança de rotina na vida de cada um deles.

A Psicoterapia de Grupo é um recurso na luta individual que pode aumentar a

percepção que a pessoa tem de si mesmo e do outro; e também facilitar, de modo que cada um experimente ser um agente terapêutico dos demais membros do grupo (SOARES; CARVALHO, 2003, p. 40, *apud* ANDREÁ, 2009).

Os quatro participantes dessa sessão são transportados por vans da prefeitura para a clínica onde os pacientes, aos quais acompanham, fazem o tratamento. Três desses quatro acompanhantes são evangélicos, e um deles, o rapaz de dezoito anos, afirmou que “não acredita em Deus”. Ao que os outros acompanhantes responderam: “sem Deus fica muito difícil seguir em frente na vida”.

A acadêmica agradeceu a participação de cada um dos integrantes do grupo e combinou com eles um novo encontro para o dia 03 de outubro.

Segunda Sessão

Aos três dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte, a acadêmica se reuniu com quatro acompanhantes de pacientes renais na sala de espera do Centro de Tratamento Renal em Sinop-MT.

Esta sessão foi realizada com quatro acompanhantes de pacientes renais que fazem o tratamento na clínica. Sendo eles, uma jovem de 14 anos que acompanha a avó; uma mulher que, além de acompanhar a mãe, acompanha também uma vizinha (ela recebe do esposo dessa vizinha o valor de 10 reais para cada sessão em que ela faz o acompanhamento); e outras duas mulheres, que fazem o acompanhamento de um homem que é genro de uma delas e esposo da outra. Eles moram em Sorriso e a mãe vem para ajudar a filha, durante o trajeto de ida e volta do tratamento em Sinop.

O acolhimento consiste em uma profunda crença na capacidade do indivíduo de enfrentar e superar suas próprias crises (SONNEBORN; WERBA, 2003, *apud* FURIGO, 2008).

A mulher que acompanha o esposo trabalha como professora, mas devido à pandemia de Covid-19, ela está trabalhando em casa, por isso ela está podendo vir de carro trazê-lo para o tratamento, esse paciente está com sérios problemas de saúde, já ficou internado na UTI, por três vezes nos últimos seis meses de tratamento, ele tem 52 anos de idade, está cego de um olho e também não consegue andar devido a uma cirurgia que realizou em uma das pernas para a amputação do tornozelo.

A outra mulher, que é a sogra do paciente e o acompanha junto com a filha dela, disse que eles (o paciente e a filha) moravam em um apartamento, mas, depois que ele parou de andar, mudaram-se para a casa dela para facilitar as muitas idas e vindas à clínica e ao

hospital. Disse também que percebe o sofrimento da filha e do genro, por isso ela está sempre junto com eles, dando apoio e ajudando em tudo.

A jovem de 14 anos é acompanhante de sua avó, que tem 72 anos de idade. Ela disse que, como está tendo aulas online, agora ela pode acompanhar a avó no tratamento.

A acadêmica fez o acolhimento com cada um dos participantes do grupo e destacou sua admiração a cada um por esse trabalho que fazem junto aos pacientes de tratamento renal. Perguntou a eles se estavam dispostos a participarem de um grupo de Terapia Breve, e a resposta de todos foi afirmativa.

“O suporte familiar, as competências de cada membro da família, o nível de esclarecimento e qualidade da comunicação com a equipe de saúde influenciam sobremaneira o manejo da doença pelo paciente” (SALGADO; CASTELO BRANCO; MACHADO, 2016).

Destacou-se a importância da escuta e da partilha de suas tristezas, dúvidas e ansiedades com outros acompanhantes. Os acompanhantes do grupo já se conheciam por estarem no mesmo local, três vezes por semana, o que leva-os a ouvir a história de vida uns dos outros.

Quando a sessão estava quase acabando, a acadêmica combinou uma nova sessão com os participantes do grupo, na mesma semana.

O paciente nota que ele não é o único que está passando pelo problema, mas que existem outras pessoas enfrentando as mesmas dificuldades. Descobre que com a utilização das técnicas cognitivo comportamentais, não só eles, mas também os outros participantes do grupo conseguem transformar a maneira de ver o mundo, modificando assim os seus pensamentos e comportamentos (CATELAN, 2012).

Todavia essa outra sessão não aconteceu devido à pandemia de Covid-19, os acompanhantes não compareceram na clínica no dia marcado, um paciente veio com outra pessoa, houve mudanças de horários das sessões de hemodiálise, e um outro estava almoçando no restaurante ao lado.

Com relação ao outro grupo, também não foi possível continuar as sessões terapêuticas, por conta da ausência dos participantes.

Em um terceiro momento, a acadêmica conversou com uma auxiliar de enfermagem que estava sendo acompanhante de dois pacientes, que moram em Colíder, cidade que fica a 117 quilômetros de Sinop. Esta auxiliar de enfermagem é paga pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para acompanhar esses pacientes durante a pandemia de Covid-19, uma vez que os familiares foram impedidos de fazerem o acompanhamento.

Assim, pode-se inferir que a questão do cuidado está intimamente interligada ao

acolhimento, mesmo porque acolher requer cuidado (SONNEBORN; WERBA, 2003).

Ela faz o acompanhamento a um homem de 85 anos de idade e a uma mulher de 58, essa paciente está com o braço direito quebrado, por isso a enfermeira precisa auxiliá-la com a alimentação também. O transporte é feito com uma van da prefeitura, que chega a Sinop às 10 horas e volta para Colíder às 15 horas.

Essa enfermeira faz o acompanhamento desses pacientes por três vezes a cada semana, existe uma outra enfermeira que faz o acompanhamento de outros cinco pacientes nos outros três dias da semana.

A acadêmica perguntou como é essa experiência para ela. Ao que a enfermeira respondeu: “é difícil, eles sofrem muito com toda essa dificuldade de ir e vir, o tratamento também é muito invasivo, às vezes eles saem passando mal da sessão de hemodiálise e precisam enfrentar uma viagem cansativa de volta para casa”.

A capacidade de ser continente (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997, *apud* SONNEBORN; WERBA, 2003) é também um atributo a ser incorporado pela atitude do terapeuta que se propõe ao acolhimento. Sem esta propriedade não há como quem escuta suportar os relatos permeados sempre por uma densidade incomum de sofrimento.

A enfermeira também relatou que tudo isso fez com que ela passasse a dar mais valor à vida, às pequenas coisas que a gente pode fazer, por exemplo, comer qualquer coisa quando sentimos vontade, beber água quando temos sede, coisas tão simples, que esses pacientes são proibidos de fazer.

Ela também relatou que o ambiente, por si só traz tristeza. Contudo saber que todas aquelas pessoas dependem desse tratamento para continuar vivendo é, ao mesmo tempo, triste e também feliz, pois cada um deles está tendo a oportunidade de continuar vivendo, apesar de tanta dificuldade e sofrimento.

O indivíduo que acompanha o paciente, se sente fraco, cansado e desanimado por ter que passar diversas horas na clínica. Muitas vezes ele se priva até de cuidados consigo mesmo, em função do tempo que terá que disponibilizar cuidando e acompanhando o enfermo no tratamento. Além disso, muitas vezes, não tem com quem compartilhar as suas angústias, temores e pensamentos negativos com relação à pessoa que ele está cuidando, especialmente no caso de ser paciente renal crônico ou grave (DAHDAH *et al.*, 2013).

Ao ser questionada pela acadêmica se ela faz algo mais além desse trabalho de acompanhamento aos pacientes em tratamento renal, ela respondeu afirmativamente. Disse que, nos outros dias da semana, ela trabalha no hospital, realizando o teste do pezinho nos bebês, o que dá a ela um alívio, por ser um ambiente cheio de vida. Apesar do choro deles,

aquele ambiente remete ao início da vida; traz esperança.

Para finalizar a entrevista, a acadêmica fala sobre o contraste entre os dois trabalhos que ela realiza, ao que ela responde dando “graças a Deus” por esse contraste, que faz com que ela siga em frente, acreditando que, a cada dia, a vida renasce, que ainda há esperança para as nossas dificuldades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o trabalho desempenhado pelos acompanhantes de pacientes renais é bastante árduo e requer, acima de tudo, muita paciência e muito amor.

As informações apresentadas no decorrer do trabalho bibliográfico, bem como aquelas que foram colhidas nas Psicoterapias Breves confirmaram a necessidade que os acompanhantes de pacientes renais têm de um acompanhamento psicológico durante o tempo em que se dedicam ao cuidado com esses pacientes.

Foram confirmadas as mudanças emocionais que o acompanhamento aos pacientes renais causam na vida dos cuidadores. Esse trabalho também confirma a mudança de visão da vida, posto que há uma grande mudança na rotina do acompanhante. Além disso, esse acompanhamento pode desencadear ansiedade, depressão e angústias no cuidador.

Diante dessas mudanças sofridas pelos acompanhantes de pacientes renais, este trabalho pôde confirmar que a maioria dos acompanhantes estão dispostos a participarem de um Grupo de Terapia Breve, onde possam compartilhar as suas ansiedades e angústias uns com os outros. Conclui-se também que quase todos concordam que compartilhar as emoções é algo positivo.

Também foi possível realizar a escuta ativa das dificuldades que os acompanhantes tinham em comum, pois houve grande concordância entre os membros do grupo acerca dos problemas enfrentados por todos. Dessa forma, pode-se dizer que o Grupo de Psicoterapia Breve promoveu um entrosamento maior entre os acompanhantes de pacientes renais.

Devido à pandemia de Covid-19, não foi possível realizar as 10 sessões programadas pela acadêmica, pois os cuidadores não puderam manter o acompanhamento em todas as sessões de hemodiálise. Todavia, em duas sessões, e nos questionários realizados, ficou muito claro que esses acompanhantes desempenham um trabalho fundamental, dando suporte ao paciente o tempo todo, ao ponto de, às vezes, esquecerem-se até de si mesmos. Os cuidadores se revestem de empatia e se doam completamente para ajudar o paciente que acompanham, mesmo que isso lhes exija um enorme sacrifício.

A Psicoterapia Breve com acompanhantes de pacientes renais, com certeza, fez diferença na vida dessas pessoas e trouxe à entrevistadora, uma nova visão do mundo, um olhar diferente aos que cuidam, que acompanham esses pacientes. Foi muito gratificante fazer a diferença na vida dessas pessoas; mesmo com um tempo tão curto, aqueles que conseguiram

participar da Psicoterapia Breve ficaram muito gratos pelo tempo que a entrevistadora dispensou a eles.

Conclui-se ainda, que a amizade e o companheirismo que surgiu entre os acompanhantes fez com que eles soubessem mais sobre a vida um do outro: De onde vem? Quem ele acompanha? Há quanto tempo o paciente está em Tratamento? E isso ajudou-os a aliviar um pouco do “peso” que carregam. Enfim, foi possível perceber que novas amizades são feitas diariamente na sala de espera da Clínica de Pacientes Renais.

Por fim, através da Psicoterapia Breve, compreendeu-se que os acompanhantes são, em sua maioria, familiares dos pacientes. Alguns deles até tiveram que mudar de cidade para que o tratamento pudesse ser realizado e tivesse continuação, isso confirmou uma mudança drástica na vida da família e, especialmente, do acompanhante desse paciente em tratamento renal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Cristiane Palotti. **Filtrando as emoções: O atendimento psicológico ao paciente renal crônico e cardiopata.** In: ISMAEL, Silvia Maria Cury; SANTOS, Janaina Xavier de Andrade dos. *Psicologia Hospitalar sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a prática clínica.* São Paulo: Atheneu, 2013. p.45-52.
- ALMEIDA, Raquel Ayres de. História da Psicologia hospitalar. **Temas em psicoterapia e psicologia.** 2010. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholarq=artigo+historia+da+psicologia+hospitalar&hl=en&as_sdt. Acesso em: 30 abr. 2020.
- ANDRÉA, Maria Amélia. Grupos breves: uma nova experiência e possibilidade na atual realidade. **Revista da Spagest**, vol. 10, no. 1, Ribeirão Preto, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702009000100006. Acesso em: 15 mar. 2020.
- ARAÚJO, Rafaela Albuquerque Valença de. Abordagem Qualitativa na pesquisa em administração: Um olhar segundo a pragmática da linguagem. **IV Encontro de Ensino e pesquisa em Administração: um olhar segundo a Pragmática da Linguagem.** Brasília, nov. 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ196.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- ASSIS, Maria Cristina de. **Metodologia do trabalho Científico.** 2008. Disponível em: http://biblioteca.virtual.ufpb.br/files/metodologia_do_trabalho_cientifico_1360073105.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BARLOW, David H. **Tratamento psicológico do Pânico.** Porto Alegre: Artmed, 1999. 248 p.
- BECK, Aaron. **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 440 p.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva: Teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1995), 1997.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona.** Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2005), 2007.
- BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 499p.
- BEZ, Andréia da Silva. **Modificação de crenças e modelação proativa de metas: perspectivas de interface.** Santa Cruz do Sul, v. 38, n. 65, p. 2013. Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/pa_crenças.pdf. Acesso em: 05 abr. 2020.
- BORGES, Verônica Alves. **O processo de tornar-se cuidador principal do paciente renal crônico em hemodiálise.** São Paulo, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15878/1/Veronica%20Alves%20Borges.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde, 2019. **Doenças renais, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-renais>. Acesso em: 08 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

BRITO, Daniele Cristina Sampaio. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300022. Acesso em: 06 mar. 2020.

BRUM, Evanise Helena *et al.* Evolução dos Modelos de pesquisa em Psicoterapias. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 29, n. 2, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt. Acesso em: 04 abr. 2020.

BUENO, Fabio Alexandre. **Psicoterapia dinâmica breve no contexto de um hospital escola e suas associações com a aliança terapêutica**. Ribeirão Preto, 2009. 101p. Disponível em: https://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/20_05_2010__10_58_53__43.pdf. Acesso em: 06 mar. 2020.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. (org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. 120p.

CANTARELLI, Ana Paula Silva. Novas Abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2 dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200011. Acesso em: 17 fev. 2020.

CARNEIRO, Sylvia Miranda. Pessoas em hemodiálise e cuidados de enfermagem: estudo de método misto. Juiz de Fora, 2018, 176p. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2018/10/DISSERT%C3%87%C3%83OFINAL2>. Acesso em: 22 mar. 2020.

CARVALHO, Kleumar Brasil de. A atuação do psicólogo no suporte ao doente, família e equipe multiprofissional no processo da humanização hospitalar. *In: PsicópiP: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e de Saúde*. Belo Horizonte, 2008.

CATELAN, Magali; GONZAGA, Luiz Ricardo Vieira; MARTINS, Eliana Melcher. **Treinamento de Habilidades Sociais na Terapia Cognitivo Comportamental em grupo**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://cetcc.com.br/wp-content/uploads/2019/05/Magali-Catelan.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

DAHDAH, Daniel Ferreira *et al.* Grupo de familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados: estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional em um hospital geral. **Cadernos brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/826>. Acesso em: 01 mar. 2020.

DESPERT, RH. **CD com 500 dinâmicas**. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/22953/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20em%20grupo%20com%20adultos.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

FALCONI, Eliane Mary de Oliveira; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Terapia Cognitivo Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 115 p.

FARIAS, Soraya Venancio. **Terapia Cognitivo Comportamental – TCC**. Junho/2013. Disponível em: <http://sorayafarias.blogspot.com/2013/06/terapia-cognitivo-comportamental-tcc.html>. Acesso em: 29 fev. 2020.

FERNANDES ARAÚJO, Telma Alexandra. **Intervenções do terapeuta em terapia cognitiva comportamental**: estudo exploratório acerca da utilização da reestruturação cognitiva. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.24/487http>. Acesso em: 02 mar. 2020.

FLEURY, Maria Tereza Leme; WERLANG, Sergio R. C. **Pesquisa Aplicada**: conceitos e abordagens. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/68373110/pesquisa-aplicada-conceitos-e-abordagens>. Acesso em: 25 mar. 2020.

FREITAS, Cali Rodrigues de; MORETTO, Cybele Carolina. O acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. **Revista da Spaggest**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, dez. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200007. Acesso em: 02 fev. 2020.

FREMANN, Arthur; DATTILIO, Frank. **Estratégias Cognitivo Comportamentais de intervenções em situações de crise**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 384 p.

FLIGIE, Neliana Buzi; PAYÁ, Roberta. **Dinâmicas de Grupo e atividades clínicas aplicadas ao uso de substâncias psicoativas**. Rio de Janeiro: Editora Roca, 2013. 565p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008. 220 p.

GILLIÉRON, Edmund. **As Psicoterapias Breves**. 4. ed. São Paulo: Editora Zahar, 1993. 101p.

GREENBERGER, Dennis; PADESKY, Cristiane A. **A mente vencendo o humor**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HEGENBERG, Mauro. **Psicoterapia Breve**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 149p.

LADEIA, Kelly Daniela; SOARES, Maria Lucia Antunes. **Estudo Analítico-Comparativo: Psicoterapia de Grupo e Psicoterapia Individual a Partir da Perspectiva do Sujeito**. Lins, SP,

2013. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/56180.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. 368 p.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia Cognitiva: Manual do terapeuta**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

LIMA, Margarida Pedrosa. **Intervenção em grupo com idade avançada**. 2012. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/22953/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20em%20grupo%20com%20adultos.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2020.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes; YOSHIDA, Elisa Medici Pizão. **Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 284p.

LOPES, Edna Batistela; PONTES, Rose Mary. **Técnicas e jogos para trabalhar com grupos**. Curitiba: Emater, 2000. 48p.

MACEDO, Gianna Vasconcellos Serelle. A importância da atuação psicanalítica junto a pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Pretextos**, Revista da graduação em psicologia da PUC Minas, v. 4, n. 8, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18685>. Acesso em: 27 mar. 2020.

MACHADO, Leise Rodrigues Carrijo; CAR, Marcia Regina. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: o inevitável e o casual. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342003000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 mar. 2020.

MEIADO, Adriana Campos; FADINI, João Paulo. O papel do Psicólogo Hospitalar na atualidade: um estudo investigativo. **Recifija revista científica das faculdades integradas da Jahu**, Jaú, v. 11, n.1, 2014. Disponível em: <http://www.fundacaojau.edu.br/revista11/artigos/7.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

MENDES, Simone Teixeira. **A Necessidade de Humanização na Assistência de Enfermagem na Estratégia: UFMG – Faculdade de medicina**. Corinto, 2013. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_necessidade_de_humanizacao_na_assistencia_de_enfermagem_na_Estrategia_Saude_da_Familia/461. Acesso em: 12 mar. 2020.

MESSER, Stanley B.; WARREN, C. Seth. **Models of Brief Psychodynamic Therapy: A comparative approach**. New York: Guilford Press, 1995.

MILLS, Harry; REISS, Natalie; DOMBECK, Marck. **Reestruturação Cognitiva da Terapia Cognitiva Comportamental para Lidar com Distorções Cognitivas**. 2008. Disponível em: <https://terapiacognitivocomportamental.online/2016/07/22/reestruturacao-cognitiva>. Acesso em: 05 mai. 2020.

MORENO, André Luiz; CARVALHO, Rubem Gomes Neves de. Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. **Revista Brasileira Ter. Cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200002. Acesso em: 07 mar. 2020.

MOSIMANN, Laila T. Noletto Q.; LUSTOSA, Maria Alice. Santa Casa da Misericórdia do RJ-Cesanta: A Psicologia Hospitalar e o hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 12-15, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012. Acesso em: 20 mar. 2020.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai/ago. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200011. Acesso em: 13 fev. 2020.

NEUFELD, Carmem Beatriz; CAVENAGE, Carla Cristina. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002. Acesso em: 18 mar. 2020.

OLIVEIRA, Irani Tomiatto de. **Psicoterapia Psicodinâmica Breve: dos precursores aos modelos atuais**. 1999. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/af9a/838563b1639374989d9bd8da8fa7bad24846.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante. **O acolhimento de Familiares de Pacientes internados em UTI: A tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem**. 2006. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1577>. Acesso em: 12 mar. 2020.

PASCOAL, Melissa. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise, **Revista da SBPH** (versão impressa), Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, dez. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010356652007000200007&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 27 mar. 2020.

PERES, Mayara Girlane; LOPES PEREIRA, Ana Maria. Acompanhamento de pacientes internados e processo de humanização em hospitais gerais. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 10, n. 1, jan. 2012. Disponível em: bvespirita.com/Psicoterapia%20Breve%20%28%20adalberto%20Pessoa%29.pdf. Acesso em: 12 mar. 2020.

PESSOA, Adalberto Ricardo. **Psicoterapia Breve Fundamentos, Teoria e prática**. Disponível em: <http://bvespirita.com/Psicoterapia%20Breve%20%28Adalberto%20Pessoa%29.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

PINHEIRO, Ângela Fernanda Santiago. **Técnicas e Dinâmicas de Trabalho em Grupo**. 2015. Disponível em: <https://www.google.com/search?client=ubuntu&channel=fs&q=gmail+entrar&ie=utf-8&oe=utf-8f>. Acesso em: 29 mar. 2020.

RAGAZZO, Ana Cristina Santana Matos. **Estudo da eficácia do treinamento cognitivo**

processual em grupo na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de uma escola pública municipal de Salvador. 2017. Disponível em: https://ppgorgsistem.ufba.br/sites/ppgorgsistem.ufba.br/files/tese_ana_cristina-final.pdf. Acesso em: 29 mar. 2020.

RAMOS, Bruno Leal. **Participação da Família junto ao paciente em tratamento dialítico.** Recife, 2012. Disponível em: <https://www.ccecurso.com.br/img/resumos/enfermagem/pdf>. Acesso em: 06 mar. 2020.

RANGÉ, Bernard Pimentel; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; SARDINHA, Aline. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. **Revista brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200006. Acesso em: 02 mar. 2020.

RESENDE, Marineia Crossara *et al.* Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010356652007000200007&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2020.

RONDINA, Regina de Cássia. A Terapia Cognitivo Comportamental e o tratamento de transtornos Psicológicos em crianças e Adolescentes. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Algumas Peculiaridades do Processo Terapêutico, ano VII, n. 12, 2009. Disponível em: aef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/vheN6CIDWPUN32B_2013-5-13-1438-29.pdf. Acesso em: 13 abr. 2020.

SALGADO, Cristiana Leal; CASTELO BRANCO, Maiara Monteiro Marques; MACHADO, Patrícia Maria Abreu. **A Família no processo de cuidar do paciente com doença renal crônica.** São Luiz, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7479/1/A%20fam%C3%ADlia%20no%20processo%20de%20cuidar%20do%20paciente%20com%20DRC.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

SANTOS, Amanda Mendes dos; PEREIRA, Andressa Soares, FORTES, Paula Rogéria de Brito; LUSTOSA, Patrícia. **Construções subjetivas por cuidadores de indivíduos em hemodiálise: relato de experiência.** 2008. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/1. Acesso em: 05 mar. 2020.

SANTOS, Gabriela Silva dos. **Busca de informações em saúde nas redes virtuais pelos adolescentes com doença crônica: contribuições da enfermagem.** Niterói, 2014. Disponível em: https://www.google.com/search?client=ubuntu&channel=fs&q=%3Chttp%3A%2F%2Fpepsic.bvsalud.org%2Fscielo.php%3Fpid%3DS1677-29702008000100009%26script%3Dsci_abstract&ie=utf-8&oe=utf-8. Acesso em: 09 mar. 2020.

SCANDINAVIAN Journal of Psychology. **Emotional Behavior Group**, 2011. School competence and emotional/behavioral problems among Norwegian school children as rated by teachers on the Teacher Report Form. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SILVA, Cláudio Jerônimo; SERRA, Ana Maria. Terapias cognitivas e cognitivo

comportamental em dependência química. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 26, suppl. 1, mai. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462004000500009&script=sci_arttext&tlng=. Acesso em: 15 mar. 2020.

SILVEIRA, Cláudia Alexandra Bolela. As vivências de separação e o encerramento da psicoterapia de grupo: uma breve reflexão. **Revista da SPAGEST**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, jun. 2008. Disponível em: https://www.google.com/search?client=ubuntu&channel=fs&q=%3Chttp%3A%2F%2Fpepsic.bvsalud.org%2Fscielo.php%3Fpid%3DS1677-29702008000100009%26script%3Dsci_abstract&ie=utf-8&oe=utf-8. Acesso em: 05 jun. 2020.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 159 p.

STALLARD, Paul. **Bons Pensamentos – Bons Sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 204p.

SUDAK, Donna M. **Terapia Cognitivo Comportamental na prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 184p.

TOMAZ, Adriane Silva. **Brincando com Ritmo e a Musicalidade**. 2009. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/fichaTecnicaAula.html?aula=1565>. Acesso em: 12 abr. 2020.

TONETTO, Aline M.; GOMES, William B. Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 1, p. 38-50, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v59n1/v59n1a05.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

VELASCO, Karine. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. **Revista eletrônica Disciplinaum Scientia**, v. 13, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1741/1645>. Acesso em: 05 jun. 2020.

VERDOLIN, Mariana. Instrumentos para avaliação de pensamentos automáticos: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000100007. Acesso em: 23 mar. 2020.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224p.

ZAMIGNANI, Denis; BANACO, Roberto. Habilidades para a condução da Terapia de grupo. **Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento**, v. 10, ago. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/284511092>. Acesso em: 13 mar. 2020.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos Psicanalíticos: teórica e clínica, uma abordagem didática**. São Paulo: Artmed, 2004. 480 p.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTES DE PACIENTES RENAIIS

1. Esse acompanhamento que você faz ao paciente em Tratamento Renal, te trouxe ou traz mudanças emocionais em sua vida? Quais delas você já sentiu ou sente?

- () Tristeza
- () Angústia
- () Falta de esperança
- () Revolta

2. Depois que você começou a ser o acompanhante desse paciente, sua visão da vida sofreu alguma mudança? Se sim qual, como você vê a vida agora?

() Sim

() Não

3. Sua rotina de vida sofreu mudanças após você começar a acompanhar o Paciente ao Tratamento Renal? Se sim quais?

() Sim

() Não

4. Por lidar com a doença e Tratamento clínico todas as semanas, você tem problemas com ansiedade?

() Sim

() Não

5. Já teve ou tem depressão decorrente ao acompanhamento ao Paciente em Tratamento Renal?

() Sim

() Não

6. A espera durante o tempo que o Paciente faz o Tratamento Hemodialítico, é angustiante? Se sim, porque?

() Sim

() Não

7. Se você pudesse participar de um grupo, onde você poderia compartilhar as suas angústias,

durante o tempo que espera o paciente enquanto ele faz o Tratamento Renal, você participaria?

() Sim

() Não

8. Conversar com alguém que faz o trabalho de acompanhante de Paciente em Tratamento Renal como você, te ajudaria a entender melhor as suas angústias?

() Sim

() Não

9. Você tem pleno conhecimento sobre as doenças e Tratamentos Renais?

() Sim

() Não

10. A quanto tempo você têm acompanhado esse Paciente no Tratamento Renal?

() Menos de um ano

() Mais de um ano

11. Você fez, faz alguma coisa para diminuir as suas angústias e ansiedades durante esse tempo em que Acompanha o Paciente Renal em Tratamento? Se sim, o que?

() Sim

() Não

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nome da Pesquisa: “Psicoterapia Breve para Acompanhantes de Pacientes Renais - Um estudo de caso”. **Pesquisadora responsável:** Simone Ferreira de Sousa de Oliveira, **Assistentes:** Marinalva Sodré Zacarkim.

Prezado(a) participante(a), este estudo tem por objetivo identificar quais os fatores motivacionais que estão relacionados na permanência e na desistência da prática de atividade física. Esta pesquisa não gera perigos à vida, riscos de constrangimentos, sentimentos de desconforto ou sensação de cansaço, pois se trata de um questionário simplificado, composto por um número pequeno de perguntas que lhe tomará um tempo aproximado de 10 a 15 minutos. A sua participação beneficiará toda a comunidade acadêmica e científica, pois os achados deste estudo podem enriquecer o debate de profissionais ligados à manutenção da saúde física e mental. A qualquer momento da realização desse estudo, você poderá solicitar esclarecimentos adicionais que julgar necessários, retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo. O sigilo das informações serão preservados e somente dados consolidados serão publicados, preservando o anonimato. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação serão usados para fins acadêmico-científicos, não sendo utilizados para qualquer fim comercial. Em caso de concordância em participar do estudo, e ciente dos seus direitos acima relacionados, imprima ou salve esse documento, acesse o questionário e finalize a pesquisa.

ASSINATURA PARTICIPANTE

Data:

ASSINATURA PESQUISADOR