



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LYVIA DE JESUS SANTOS

**INTERVENÇÃO DE TERAPIA DE GRUPO NO CICLO VITAL FAMILIAR PÓS  
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: CONSTRUÇÃO, PERCEPÇÕES E  
VIABILIDADE**

ARACAJU

2017

LYVIA DE JESUS SANTOS

**INTERVENÇÃO DE TERAPIA DE GRUPO NO CICLO VITAL FAMILIAR PÓS  
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: CONSTRUÇÃO, PERCEPÇÕES E  
VIABILIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como pré requisito à obtenção do grau de Doutor.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edilene Curvelo Hora Mota

ARACAJU

2017

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237	<p>Santos, Lyvia de Jesus</p> <p>Intervenção de terapia de grupo no ciclo vital familiar pós traumatismo cranioencefálico: construção, percepções e viabilidade / Lyvia de Jesus Santos ; orientadora Edilene Curvelo Hora Mota. – Aracaju, 2017. 160 f.</p> <p>Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2017.</p> <p>1. Traumatismos Craniocerebrais. 2. Terapia de Grupo. 3. Qualidade de Vida. I. Hora Mota, Edilene Curvelo, orient. II. Título.</p> <p>CDU 616.714.1-001.5</p>
------	---

LYVIA DE JESUS SANTOS

**INTERVENÇÃO DE TERAPIA DE GRUPO NO CICLO VITAL FAMILIAR PÓS  
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: CONSTRUÇÃO, PERCEPÇÕES E  
VIABILIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como pré requisito à obtenção do grau de Doutor.

Aprovada em: 14 / 02 / 2017

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edilene Curvelo Hora Mota

---

1º Examinador: Prof. Dr. Marco Antonio Prado Nunes

---

2º Examinador: Prof. Dr. Arthur Maynard Pereira de Oliveira

---

3º Examinador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Shirley Santos Teles Rocha

---

4º Examinador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas

*Ao amigo Jorge Rezende Filho, que, após o trauma sofrido, ensina cada dia a aceitar seus limites sem jamais desacreditar em sua capacidade de superação.*

*Aos pacientes de TCE e a seus familiares - participantes efetivos desta pesquisa.*

*À Liga Acadêmica do Trauma/UFS,  
por todo incentivo.*

*Dedico.*

## AGRADECIMENTOS

*Muito obrigada...*

*Se você está lendo esta página é porque eu consegui. E não foi fácil chegar até aqui. Do processo seletivo, passando pela aprovação até a conclusão do Doutorado, foi um longo caminho percorrido. Nada foi fácil, nem tampouco tranquilo. “Se você quiser alguém em quem confiar, confie em si mesmo. Quem acredita sempre alcança” (Renato Russo e Flávio Venturini).*

*Quero agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim, desde sempre.*

*À minha família, a base em que acredito e dissemino como alicerce de tudo. Família, vocês são o meu ciclo de vida.*

*Aos meus pais, por me terem dado educação, valores e por terem me ensinado a vida. Ao meu pai Antonio (in memoriam), que, onde quer que esteja nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim. Pai, meu amor eterno! À minha mãe, Lídia, amor incondicional. Mãe, você que me gerou e me alfabetizou, ensinando-me a ler. Viu como aprendi direitinho? A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento.*

*A todos meus familiares, avós, primos, tios, pessoas especiais que diretamente me incentivaram. Aos meus irmãos que Deus colocou em minha vida e escolhi para conviver, Lygia e Lyts, pela amizade, carinho e paciência cotidiana. A minha sobrinha Maria Clara Luísa, meu amor incondicional, alegria de viver. E ao meu bebê-dog, Elvys Presley, que acalenta minhas aflições, o verdadeiro amigo e amor sem limites.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edilene Curvelo Hora Mota (UFS), minha orientadora e exemplo profissional, pela confiança, compromisso e por acreditar no meu desempenho. Gostou do resultado?*

*Aos professores, funcionários e colegas do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, em especial a Rosana Cipolotti, Amélia de Jesus, Marco Antonio Prado, Murilo Marchioro e Ricardo Gurgel, que desde o mestrado analisaram meus seminários com olhar clínico indispensável para meu melhoramento.*

*Aos professores que aceitaram compor minha banca de qualificação e de defesa, pelas sugestões e análises significativas às quais tentarei atender na versão definitiva do texto.*

*Aos amigos da turma do Doutorado, pela paciência e companheirismo.*

*Mais uma vez a Diego Noronha de Gois, pelo estímulo, mesmo quando o cansaço parecia me abater e, principalmente, pela confiança e pelo carinho de sempre. “A vida é um continuum” e você, amigo, faz parte dela.*

*Ao amado amigo Nilson dos Reis, que, por idas e vindas, é uma pessoa muito importante em minha vida. Os ensinamentos da realidade da vida nunca serão esquecidos.*

*Aos amigos do COMSEPAT (Comitê Municipal de Segurança, Saúde e Paz no Trânsito) Alcebíades; Amorim; Diego; Fabíola; Georlize; Josy; Lenaldo; Lopes; Machado; Menezes; Nelson; Selma; Silveira; Queiroz, pelo carisma com que me acolheram e por todo ensinamento transmitido.*

*À amiga Ana Carla. Querida, tantas coisas passamos juntas, superamos, rimos, choramos e conquistamos nosso espaço.*

*Aos amigos (as) Alejandra, Ana Raquel, Andreia, Antistenes, Augusta, Danielle, Edvan, Estela, Fátima, Genilde, Gisele, Hyder, Josy, Lucivânia, Manoel, Milena, Rafaela, Shirley, Silvia, Tavares, Tiago, Viana, pelo incentivo de sempre e sempre.*

*A todos os membros da LITRAUMA/Reviva (Liga Acadêmica do Trauma/UFS), antigos e novos, pelo saber, compreensão e carinho que compartilhamos. À equipe de residência em neurocirurgia, sob coordenação do professor Dr. Arthur Maynard, por disponibilizar tempo e pacientes para concretização desse trabalho.*

*À Prof. Dra. Maria Benedita Pardo, pelo ensino dos primórdios do meu projeto de mestrado que influenciou no meu doutorado;*

*Com vocês, queridos, divido a alegria desta experiência.*

*Pela luz que irradia em minha vida, pela fé em meu coração, por todos os dons e pela eternidade. Obrigada, meu Deus, muito obrigada!*

*(...) É saber se sentir infinito  
Num universo tão vasto e bonito  
É saber sonhar  
E, então, fazer valer a pena cada verso  
Daquele poema sobre acreditar*

*Não é sobre chegar no topo do mundo  
E saber que venceu  
É sobre escalar e sentir  
Que o caminho te fortaleceu  
É sobre ser abrigo  
E também ter morada em outros corações  
E assim ter amigos contigo  
Em todas as situações (...)*

*Ana Vilela*

## RESUMO

Intervenção de terapia de grupo no ciclo vital familiar pós Traumatismo Cranioencefálico: construção, percepções e viabilidade. Santos LJ, Mota ECH. 2017.160p.

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é um problema de saúde pública com alta taxa de morbimortalidade, em especial nos acidentes de trânsito. Pode acarretar nas vítimas sequelas temporárias ou permanentes que culminam em conflitos familiares. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é identificar as percepções da vítima de TCE e de seus cuidadores familiares acerca do processo de adoecer e sua influência nas interações familiares. No desenho metodológico, optou-se por uma pesquisa descritiva e intervencionista, com abordagem qualitativa utilizando-se de um grupo de terapia processual, aberto e misto, na perspectiva da Teoria do Ciclo Vital. A amostra foi composta por cuidadores familiares (n=10) e vítimas de TCE (n=10) atendidos no ambulatório do Hospital Universitário de Sergipe por meio do projeto “Ressignificando Vidas” (REVIVA). Foram construídos dois grupos de terapia, os quais discutiram temas relacionados ao cuidado, ao cotidiano e ao processo de inter-relação no convívio familiar e suas percepções, mediante dinâmicas de grupo. Os resultados foram analisados por meio da análise temática, agrupando-os em temas e suas respectivas categorias, como seguem: 1) percepção dos pacientes com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa; 2) percepção de familiares de vítimas com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa; 3) o ciclo vital familiar e os desafios no TCE; 4) grupo de terapia como estratégia de enfrentamento dos desafios no TCE. A partir dos resultados, constatou-se que a vivência do cuidador familiar pós TCE afeta a estabilidade familiar e provoca conflitos, desencadeia sentimentos que se mostram adaptativos, embora com prejuízo na relação familiar. Além disso, o grupo de intervenção auxiliou nas inquietações nos cuidados dos pacientes de TCE e permitiu criar estratégias para enfrentar o convívio familiar. Conclui-se que, os saberes construídos nos grupos fortaleceram a própria autonomia dos participantes, o sentimento de pertencimento, o alívio das angústias, contribuiu para a diminuição de riscos, enfrentamento das dificuldades diárias e para o aumento na qualidade de vida. Por fim, o grupo de terapia permitiu compreender a maneira manifesta de tornar visíveis as dificuldades encontradas e busca nas ações a contribuição para o desenvolvimento do convívio familiar.

**Descritores:** Traumatismos craniocerebrais. Psicoterapia de grupo. Estágios do ciclo de vida. Relações familiares. Cuidadores. Assistência ao paciente.

## SUMMARY

Group therapy intervention in the family life cycle after traumatic brain injury: construction, perceptions and viability. Santos LJ, Mota ECH. 2017. 160p.

Traumatic brain injury (TBI) is a public health problem with a high morbidity and mortality rate, especially in traffic accidents. It may lead to temporary or permanent sequelae that result in family conflict. Therefore, the objective of this study is to identify the TBI victim and their family caregivers' perceptions about the process of becoming ill and its influence on the family interactions. The methodological design has adopted a descriptive and interventionist research, with a qualitative approach using an open and mixed process therapy group, based on perspective of Life Cycle Theory. The sample was characterized by family caregivers (n = 10) and victims of TBI (n = 10) attended at the "Resignifying Lives" program (REVIVA) at outpatient clinic of the University Hospital of Sergipe. Two therapy groups were constructed, which discussed themes related to care, daily life and the process of interrelationship in family life and their perceptions, through group dynamics. The results were analyzed through the thematic analysis, grouping them into themes and their respective categories, as follows: 1) TBI patients' perception about hospitalization and home return; 2) TBI victims family caregivers' perception about hospitalization and home return; 3) the family life cycle and the challenges in the TBI; 4) therapy group as a strategy to face the challenges in the TBI. Based on the results, it was verified that the family caregiver's experience after TBI affects family stability and causes conflicts, triggers feelings that are adaptive, although with a loss in the family relationship. In addition, the group therapy aided in caring for TBI patients and allowed strategies to be developed to cope with family life. It was concluded that the knowledge built in the groups strengthened the participants' own autonomy, the feeling of belonging, the relief of the anguish, contributed to the reduction of risks, coping with daily difficulties and increasing quality of life. Finally, the group therapy made it possible to understand the manifest way of making visible the difficulties encountered and to seek in the actions the contribution to the development of family life.

**Descriptors:** Craniocerebral Trauma. Psychotherapy Group. Life cycles stages. Family Relations. Caregivers. Patient care.

## RESUMEN

Intervención de terapia de grupo en el ciclo vital de familia después del trauma craneocerebral: construcción, percepciones y viabilidad. Santos LJ, Mota ECH. 2017.160p.

El Traumatismo Cranioencefálico (TCE) es un problema de salud pública con una elevada tasa de morbilidad y mortalidad, especialmente en accidentes de tráfico. Puede conducir a secuelas temporales o permanentes que resultan en conflictos familiares. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar la percepción de la víctima de TCE y sus cuidadores familiares sobre el proceso de enfermar y su influencia en las interacciones familiares. El diseño metodológico ha adoptado una investigación descriptiva e intervencionista, con enfoque cualitativo utilizando un grupo de terapia procesal, abierto y mixto con la perspectiva de la Teoría del Ciclo Vital. La muestra fue compuesta por cuidadores familiares (n = 10) y víctimas de TCE (n = 10) atendidos en la clínica del Hospital Universitario de Sergipe a través del proyecto "Resignificando Vidas" (REVIVA). Se construyeron dos grupos terapéuticos, los cuales discutieron temas relacionados con el cuidado, lo cotidiano y el proceso de interrelación en la convivencia familiar y sus percepciones, mediante dinámicas de grupo. Los resultados se han analizado por medio del análisis temático, agrupando los temas y sus respectivas categorías, de la siguiente forma: 1) percepción de los pacientes con TCE con respecto a la hospitalización y el retorno para casa; 2) percepción de los familiares de las víctimas con TCE con respecto a la hospitalización y el retorno a la vivienda; 3) el ciclo vital familiar y los desafíos en el TCE; 4) grupo de terapia como estrategia de enfrentamiento de los desafíos en el TCE. A partir de los resultados, se constata que la experiencia del cuidador familiar después del TCE afecta la estabilidad familiar y provoca conflictos, desencadenando sentimientos adaptativos, aunque con una pérdida en la relación familiar. Además, el grupo de terapia auxilió en las inquietudes sobre los cuidados de los pacientes con TCE y permitió la creación de estrategias para enfrentar la convivencia familiar. Se concluyó que los saberes construidos en los grupos fortalecieron la propia autonomía de los participantes, el sentimiento de pertenencia, el alivio de las angustias, contribuyeron para la disminución de los riesgos, para el enfrentamiento de las dificultades diarias y para el aumento de la calidad de vida. Por último, el grupo de terapia permitió comprender la manera de hacer visible las dificultades encontradas y la búsqueda de las acciones que contribuyan al desarrollo de la convivencia familiar.

**Descriptor:** Traumatismos Craneocerebrales. Psicoterapia de grupo. Estadios del ciclo de vida. Relaciones familiares. Cuidadores. Atención al paciente.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b> Perfil descritivo da amostra de vítimas de TCE em seguimento ambulatorial no REVIVA/ HU-UFS.....	53
<b>Quadro 02:</b> Perfil descritivo da amostra de familiares das vítimas de TCE em seguimento ambulatorial no REVIVA/HU-UFS.....	54

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 01:</b> Percepção da vítima de TCE acerca da hospitalização e o retorno para casa.....	56
<b>Figura 02:</b> Percepção dos familiares das vítimas de TCE acerca da hospitalização e o retorno para casa.....	65

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 Geral .....	19
2.2 Específicos .....	19
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	20
3.1 Considerações acerca do traumatismo cranioencefálico .....	21
3.2 Considerações sobre acidentes de trânsito .....	22
3.3 A família .....	26
3.3.1 Considerações sobre família e o processo do adoecer.....	26
3.3.2 Família e a vítima de acidente de trânsito.....	27
3.3.3 Consequências do TCE na família.....	29
3.4 Ciclo vital .....	30
3.4.1 O desenvolvimento e o ciclo vital .....	30
3.4.2 O ciclo vital familiar .....	35
3.4.3 O ciclo vital e a terapia grupal .....	38
<b>4 CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	42
4.1 Tipo de estudo.....	43
4.2 Local do estudo e unidade de observação .....	43
4.3 Amostra .....	43
4.4 Equipe executora .....	45
4.5 Instrumentos de coleta de dados .....	45
4.5.1 Formulário.....	45
4.5.2 Grupos de terapia .....	45
4.5.3 Roteiro de observação .....	46
4.6 Estrutura das etapas da coleta de dados e da terapia em grupo.....	46
4.6.1 Etapas da pesquisa .....	46
4.6.2 Grupos de terapia e estrutura das sessões.....	47
4.7 Aspectos éticos .....	49
4.8 Tratamento dos dados .....	49
<b>5. RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	52
5.1 Apresentação descritiva da amostra do estudo.....	53

5.1 Apresentação descritiva da análise temática .....	55
5.2.1 Percepção dos pacientes com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa.....	55
5.2.2 Percepção de familiares de vítimas com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa .....	65
5.2.3 O ciclo vital e os desafios no TCE .....	71
5.2.4 Grupo de terapia como estratégia de enfrentamento dos desafios no TCE .....	78
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>85</b>

## **REFERÊNCIAS**

## **APÊNDICES**

- A - Termo de consentimento livre e esclarecido
- B - Cessão de direitos
- C – Questionário autoaplicável à vítima de TCE
- D - Questionário autoaplicável ao cuidador familiar da vítima de TCE
- E - Roteiro de observação
- F – Produções científicas
- G – Artigo aceito
- H – Artigos submetidos

# Introdução



## 1 INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) está entre as principais causas de alta prevalência de morbimortalidade por acidentes de trânsito e constitui importante problema de saúde pública, sobretudo por acometer a faixa etária de população jovem, com potencialidade intelectual e econômica para o mercado de trabalho. Em termos quantitativos, verifica-se no Brasil um aumento no número de vítimas, sejam mortos ou feridos, o que é responsável pelo alto índice de internação hospitalar, incapacidade e mortes<sup>1-14</sup>.

A maior incidência ocorre nos acidentes de trânsito, seguido de quedas e violência urbana, como ferimento por arma de fogo. Os acidentes com veículos de duas rodas são as causas mais frequentes de TCE, acometem, especialmente, a faixa etária jovem e do gênero masculino. As razões incluem uso inadequado dos equipamentos de proteção, contínuos desrespeitos às leis de trânsito, abuso de velocidade e uso de álcool e direção<sup>12-13,15-22</sup>.

Conceitualmente, o TCE é caracterizado como qualquer agressão que acarreta lesão anatômica e/ou funcional do couro cabeludo, crânio, meninges e/ou encéfalo. Destaca-se pelo prejuízo anatômico-funcional, cognitivo, comportamental e/ou emocional que resulta em disfunções físicas e psicológicas para a vítima e no comprometimento social que afeta não só a pessoa que sofreu o trauma, mas toda a família. Portanto, o trauma constitui mais que sintomas; o efeito físico e até mesmo a morte provocada ocultam outros sentidos geralmente esquecidos, a exemplo dos conflitos ocasionados na família<sup>6,9-11,13,23</sup>.

Entende-se por família uma instituição social que transforma seu conceito por meio da estrutura, cultura e funções de cada época e sociedade. O seu significado histórico é difícil de concretizar por não se tratar apenas de consanguinidade, mas, também, na extensão de novos membros que se configuram como família direta e indireta<sup>24-27</sup>. Nos termos deste estudo, o conjunto vítima de TCE e cuidador familiar é compreendido como família, pelas relações intrínsecas estabelecidas entre si, antes e após o evento traumático.

Diante do entendimento acerca dessa instituição, infere-se facilmente que o impacto produzido pelo TCE provoca na família consequências adversas, e, muitas vezes, a mudança desse contexto familiar não recebe a atenção necessária pelos

profissionais que prestam assistência à vítima, como ocorre com os problemas visíveis. Sentimentos como tristeza, estresse, depressão, ansiedade, dificuldades no relacionamento sexual, distúrbios psiquiátricos, mudanças de papéis e redução da qualidade de vida são algumas das condições emocionais frequentemente encontradas em familiares de vítimas de TCE<sup>1-2,28-29</sup>, condições essas que afetam negativamente a vida dos mesmos<sup>9,30-33</sup>.

O resultado desses conflitos é a fragilização dos vínculos familiares, que torna as famílias mais vulneráveis aos eventos da vida, como mortes, doenças, desemprego e a própria gestão da vida cotidiana<sup>34</sup>. O termo “famílias vulneráveis” para designar aquelas que estão sobrecarregadas e sem apoio, que enfrentam desafios e necessidades não satisfeitas. Acrescenta ainda que, mesmo diante de todos os problemas vivenciados pelas famílias no mundo atual, não se deve ter a visão de “família problemática” e, sim, das que lutam com muitos problemas<sup>35</sup>.

Diante disso, a contextualização do ciclo vital da família tem como propósito mostrar a importância das relações familiares, ao permitir inserção do problema no contexto de cada membro da família, com suas especificidades e estágio desenvolvimental em que se encontre. Qualquer fase do desenvolvimento está propício a acometer de uma crise inesperada, como o acidente, que não se encontra no ciclo vital evolutivo. As mudanças na estrutura familiar inerente à fase do ciclo vital expressam alterações interligadas do nascimento, envelhecimento até a morte, como evolução experiencial da vida. As interações familiares convertem em um instrumento clínico importante para o diagnóstico relacional do atendimento à família.

A família determina os papéis sociais e preceitos básicos dos indivíduos em sociedade, é capaz de socializar os seus membros e transmitir os valores éticos e humanitários, sustentáculo para a formação de uma sociedade. A literatura acerca do TCE, na maioria, limita-se a números e dados estatísticos – número de acidentes, números de sequelados, custos com internações e reabilitações. Nesse estudo, a proposta é não se limitar à dimensão musculoesquelética da vítima, mas identificar a outra dimensão do ser humano e dos problemas emocionais em família.

Para tanto, a compreensão e o envolvimento da família frente à doença, torna-se necessário para que as ações sociais e da saúde estejam voltadas para a intervenção.

A ocorrência do TCE provoca conflitos emocionais que, aparentemente se encontram recôndito, mas se tornam presentes e se comportam como fatores que interferem na recuperação da saúde e no convívio familiar.

Nesse contexto, suscitaram-se alguns questionamentos:

- quais os conflitos emocionais mais frequentes nos cuidadores familiares e nas vítimas TCE?
- como esses sujeitos lidam com seus conflitos emocionais?
- as famílias estão preparadas para enfrentar a nova realidade?
- quais os fatores que facilitam ou interferem na assistência aos cuidados das vítimas de TCE no convívio familiar?
- o grupo terapêutico favorece melhor assistência emocional familiar no enfrentamento da doença e de suas consequências?

Assim, este estudo evidenciou a construção de grupos de terapias para os cuidadores familiares e vítimas de TCE, no ciclo de vida referente ao processo de hospitalização e o retorno para casa, atendidos em seguimento ambulatorial do Hospital Universitário, Campus de Saúde da Universidade Federal de Sergipe (UFS/Aracaju), para compreender de que modo eles vivenciam suas percepções no contexto familiar, por meio do grupo terapia e verificar a viabilidade da intervenção em grupo para o programa de extensão universitária.

A justificativa para o presente estudo dá-se pelo trabalho pioneiro voltado a assistência às vítimas de TCE e a seu cuidador familiar, com vistas à compreensão do evento traumático e das estratégias de enfrentamento, além de servir como modelo de intervenção em grupos no campo social e da saúde.

# Objetivos



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- ✓ Identificar as percepções das vítimas de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e de seus cuidadores familiares acerca do processo de adoecer e sua influência nas interações familiares.

### **2.2 Específicos**

- ✓ Categorizar as demandas dos conflitos emocionais ocasionados pelo TCE na representação da família.
- ✓ Identificar as estratégias de enfrentamento da família no cuidar da vítima de TCE.
- ✓ Verificar a viabilidade do grupo de terapia como ferramenta para o projeto de extensão universitária de reabilitação do trauma.

# Revisão de Literatura



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Considerações acerca do Traumatismo Cranioencefálico (TCE)

O TCE é uma agressão que acomete o cérebro, meninges, couro cabeludo e crânio, provocada por lesão física externa que pode produzir alteração no nível de consciência e resultar em comprometimento das habilidades cognitivas, físicas e comportamentais<sup>1-2,4-7,11,36-38</sup>.

As causas associadas diretamente ao TCE são diversificadas, geradas principalmente por acidentes de trânsito, violência urbana, quedas, práticas desportivas e maus tratos. Dentre esses determinantes, os acidentes de trânsito são responsáveis por mais mortes que todas as demais causas em conjunto. Diante disso, o TCE é considerado uma doença da sociedade moderna, presente em todo o mundo e que acomete diferentes faixas etárias, etnias, gênero e classe social. Em si, trata-se de questão política social e de saúde pública<sup>7,9,11-12,15-19,38-39</sup>.

Ao assumir os acidentes de trânsito como principal determinante dos casos de TCE, compreende-se que os custos relacionados a essa causa representam um peso econômico ao sistema de saúde; a estimativa de perdas anuais devido a esses acidentes excede mais de 500 bilhões de dólares. Esses elevados custos não são representados apenas no que se refere ao internamento hospitalar da vítima, mas também às sequelas presentes ainda no período de hospitalização que necessitam de atendimento especializado e no processo de reabilitação<sup>11,13,38,40</sup>.

Numa perspectiva histórica, os primeiros trabalhos sobre TCE correspondem à época da Segunda Guerra Mundial, sobre os déficits secundários às lesões perfurantes no cérebro dos soldados feridos<sup>41</sup>. As contribuições advindas desse período foram essenciais para determinar as sequelas do TCE até os tempos atuais.

Fisiopatologicamente, os mecanismos da lesão cerebral são múltiplos e geram diversificados tipos de lesão, como a primária, que ocorre imediatamente após o trauma e é resultante do tipo de impacto; e a secundária, que é desencadeada após agressão, sendo mais grave e difusa, e tem como principais causas a hemorragia, o inchaço cerebral e a infecção<sup>11,13,37</sup>.

As mudanças estruturais sofridas pelo sistema nervoso central nas primeiras horas pós trauma apresentam importância na evolução do TCE. No intuito de se estabelecer uma linguagem didática e que permita uma padronização da

comunicação da equipe de saúde, foram criadas escalas para mensurar o nível de consciência dos pacientes com dano cerebral, a exemplo da Escala de Coma de Glasgow (ECGI). A aplicação dessa escala é rápida e de fácil compreensão, e avalia os indicadores de abertura ocular, melhor resposta verbal e motora. Numa análise mais ampla, essa fornece parâmetros não só para a avaliação inicial da vítima de TCE, mas também para o monitoramento da avaliação do nível de consciência dos pacientes<sup>9,11-13,42</sup>.

Outra forma de classificar o TCE pode ser como aberto/penetrante e fechado. O TCE aberto ou penetrante é provocado quando um objeto, penetrante ou perfurante, produz fratura do crânio e ruptura das membranas cerebrais ou meninges, com danos aos tecidos de determinadas áreas do cérebro, o que acarreta déficits concretos ou específicos cognitivos, motores, emocionais e/ou comportamentais. No TCE fechado, o fenômeno de aceleração e desaceleração ou rotação do cérebro provoca dano que podem afetar as conexões neuronais (Lesão Axonal Difusa – LAD), e a gravidade dependerá da magnitude do impacto<sup>11,43</sup>.

O TCE também pode culminar em doença crônica que necessitam de cuidados prolongados<sup>11-12,36</sup>. Em termos de reabilitação, o processo envolve cinco fases distintas: 1) fase pré-trauma - anterior ao trauma; 2) fase aguda - do primeiro atendimento até o diagnóstico e tratamento hospitalar; 3) fase intensiva - do internamento em unidade de tratamento intensivo até a alta hospitalar; 4) fase de recuperação - corresponde à educação e treinamento no programa de reabilitação; 5) fase ambulatorial - compreende o estabelecimento de uma nova vida com o ajustamento pessoal, social e qualidade de vida<sup>6,13</sup>.

No entanto, apesar de bem estabelecidas essas cinco fases e de todos os avanços científicos dos últimos anos, atualmente, a assistência ao tratamento de reabilitação ainda apresenta importantes lacunas.

### **3.2 Considerações sobre acidente de trânsito**

Historicamente, considerava-se que os acidentes de veículos a motor eram eventos aleatórios, como uma consequência inevitável do transporte. O termo "acidente" remete à impressão de inevitabilidade e imprevisibilidade, ou seja, evento impossível de controlar. Entretanto, os acidentes são decorrentes de vários fatores, como o número de veículos que circulam nas vias, a falta de organização do tráfego

e as imprudências dos usuários que contribuem para as ocorrências de acidentes de trânsito, em especial, a população que utiliza de veículo de duas rodas<sup>36,44-45</sup>.

Com a melhora do poder aquisitivo da população brasileira, o transporte particular tornou-se um objeto de consumo, um status social. O aumento da frota de veículos é mundial, mas o planejamento urbano não acompanhou esse crescimento, o que provoca um importante problema social: os acidentes de trânsito<sup>15,30,44-46</sup>.

Além disso, as más condições de transportes coletivos, o preço baixo e a facilidade de crédito impulsionam as vendas de ciclomotores de até 50 cilindradas. Outrossim, com a possibilidade de transporte rápido, motocicletas, motonetas e ciclomotores e o uso inadequado desse meio de transporte trás como consequente acidentes de trânsito<sup>38,47,48</sup>. Ainda nesse aspecto quantitativo inclui-se o fato de que, até 1º de abril de 2016<sup>1</sup>, motonetas e ciclomotores não possuíam regulamentação em legislação específica e seus condutores ficavam livres para circularem sem capacetes, sem regras de trânsito, provocando acidentes<sup>49</sup>.

Em termos de representação sociodemográfica, verifica-se que no Brasil, os acidentes de trânsito afetam indivíduos de todas as idades; no entanto, as estatísticas mostram que o número de jovens é superior a outras faixas etárias<sup>11,13,15,38,44,51-53</sup>. Estudo realizado em Sergipe<sup>21</sup> descreveu o perfil sociodemográfico das vítimas de trauma atendidas no Hospital de Urgência, com prevalência de indivíduos do gênero masculino (85,7%) e idade média de 27,8 anos.

No âmbito preventivo, por outro lado, diversas são as medidas utilizadas para segurança e prevenção de acidentes de trânsito, a exemplo de campanhas, regulamentações e leis que estabelecem elocuições como 'não dirigir ao ingerir bebidas alcoólicas', 'usar cinto de segurança', 'usar capacetes', entre outros. No entanto, a legislação de trânsito brasileira apresenta lacunas, e em determinadas cidades do Brasil, ao infringir tais medidas de segurança, torna-se morosa a aplicação da sua lei<sup>15,39,44,46</sup>.

Diante desse cenário, os acidentes de trânsito despontam, então, como um importante problema social e de saúde do século XXI. Esse grave problema de

---

<sup>1</sup> Até 1º de abril de 2016, apenas motocicletas convencionais apresentavam controle do Estado, respaldadas pelo artigo 129 do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), no qual se determinava que o registro e o licenciamento desses veículos obedecem à regulamentação estabelecida em legislação municipal do domicílio ou residência do proprietário<sup>50</sup>. Em 17 de setembro de 2015 foi apresentada a Resolução Nº555 que dispõe "sobre o registro e licenciamento de ciclomotores e ciclo-elétricos no Registro Nacional de Veículos Automotores". No entanto, a Resolução só foi utilizada efetivamente em forma de lei a partir de 1º de abril de 2016<sup>49</sup>.

saúde pública reflete não apenas nas perdas de vidas, mas também em sequelas temporárias ou permanentes aos sobreviventes; no afastamento do trabalho; nos custos diretos e indiretos; na interferência na qualidade de vida, seja de modo temporário ou permanente; e nos comprometimentos físicos, social, cognitivo, psicológico e comportamental que causam um importante ônus para a sociedade<sup>21,38-40,50,53-54</sup>.

Ao se contemplar o panorama brasileiro, verifica-se que nos últimos anos o Brasil encontra-se no ranking dos campeões mundiais em acidente de trânsito, em razão do aumento crescente no número de veículos que circulam nas ruas, da deficiência geral da fiscalização, do comportamento dos usuários que colocam em risco as suas vidas e da impunidade dos infratores que cometem os acidentes. Além disso, observa-se que nas últimas décadas houve um aumento no número de acidentes com o envolvimento de veículo de duas rodas. Isso é justificado por ser esse um veículo ágil, econômico e de custo reduzido, mas que expõe seus condutores. Nesse sentido, motociclistas ganham destaque nas estatísticas de lesões graves e morte<sup>14-15,38,53,55-57</sup>.

A situação dos acidentes de trânsito no Brasil entre os anos de 1998 a 2010 foi retratada em estudo<sup>58</sup> e revelou que o crescimento absoluto das taxas de mortalidade envolvidas com acidentes de trânsito decore, sobretudo, a combinação entre a bebida alcoólica e direção.

Outra pesquisa<sup>59</sup> realizada no Iran com 2488 famílias, evidenciou 119 casos de acidentes de trânsito, dos quais em 47.1% as motocicletas estavam envolvidas, em 40.3% havia o envolvimento de pedestres e em 12.6% os ocupantes de carros. Em Aracaju, no ano 2015, tiveram sua distribuição por gravidade das vítimas, totalizando 7.785 acidentes de trânsito, sendo, 3.348 feridos graves e 232 vítimas fatais, com predominância do gênero masculino (73%), em idade adulta (43%) seguida de jovens (29%), observa-se o índice de veículo de duas rodas como o principal meio de transporte que provoca o acidente<sup>60</sup>.

Entender a segurança do trânsito como direito de todos e dever dos órgãos e entidades integrantes que fiscalizam o sistema viário torna verdadeira a premissa de que, para enfrentar essas experiências da violência no trânsito, tanto na perspectiva da ação dos organismos de Estado como na participação da população e do controle social, utilizam-se como parcerias as universidades e instituições de

ensino e pesquisa, áreas de segurança, justiça, educação, ação social, movimentos populares e as três esferas do governo<sup>61</sup>.

Nesse sentido, ao assumir que é sobre o setor saúde que vai recair o maior ônus de todas as consequências dos acidentes de trânsito, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) instituiu o “observatório de acidentes e violências” com o objetivo de articular a troca de experiências entre serviços e instituições que lidam com acidentes e violências. Essa articulação difunde as análises compartilhadas, de modo a permitir maior visibilidade e melhor compreensão das expressões dos acidentes e violências<sup>61</sup>.

Além disso, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) é um instrumento orientador da atuação do setor de saúde que estabelece diretriz e responsabilidade que contempla e valoriza medidas inerentes a promoção de saúde e prevenção desses agravos. Para PNRMAV (p.03), o “acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como (...) do trânsito”<sup>62</sup>.

Assim, numa perspectiva maior, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, se ações preventivas não forem efetuadas de forma relevante até 2020, as lesões causadas pelo trânsito serão a terceira causa de morbidade e mortalidade em nível mundial. Diante disso, a OMS, com o apoio de organizações governamentais e não governamentais lançou o “Plano Nacional de Redução de Acidente e Segurança Viária para a década 2011-2020”<sup>63</sup>.

Esse plano tem como ponto de partida um conjunto de medidas que visa, a curto, médio e longo prazos, reduzir os níveis atuais de mortalidade e lesões por acidentes de trânsito. A meta é o índice de redução proposto pela ONU (Organizações das Nações Unidas) de 50% em 10 anos, por meio de ações eficientes dos governos, em todos os níveis e âmbitos de competência<sup>63</sup>.

Em resposta à iniciativa aos desafios da ONU sobre a implementação do Projeto ‘Road Safety in 10 countries’ (RS-10), foi criado no Brasil o Projeto Vida no Trânsito, pelo Ministério da Saúde. O projeto brasileiro tem como foco as ações de segurança no trânsito utilizando a qualificações das informações no planejamento e monitoramento das intervenções<sup>14</sup>

Em Sergipe, o município de Aracaju aderiu ao Pacto Nacional pela Redução de Acidentes de Trânsito, com consequente instituição do Comitê Municipal de

Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito (COMSEPAT), no ano de 2011. Por meio do Decreto Municipal nº 5.022/2014 foi criado o Comitê do Projeto Vida no Trânsito, com a proposta de ações intersetoriais para coleta, gestão e análise de dados integradas com diversos órgãos governamentais. A partir dessas ações são geradas informações qualificadas das lesões e mortes no trânsito, além do planejamento de ações integradas com vista à segurança viária<sup>60</sup>.

### **3.3 A família**

#### **3.3.1 Considerações sobre família e o processo do adoecer**

Historicamente, existem diversas formas de se pensar a família, descritas na literatura científica. Estudiosos na área<sup>27,64</sup> conceituam família como um sistema ou uma unidade, cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, com presença ou não de crianças que necessariamente não precisam ser de um único pai, devendo existir, portanto, um compromisso e um vínculo entre seus membros.

As famílias incluem todo um conjunto de vínculos interpessoais desse indivíduo que compreende além da família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e práticas sociais<sup>65</sup>.

Trata-se, ainda, de uma instituição social que modifica sua estrutura durante o percurso histórico-cultural-social. Apesar dos conflitos existentes no núcleo familiar, não se pode desvincular o indivíduo do meio em que se vive, o qual é sociabilizado efetivamente com predomínio do bem-estar físico dos seus seres, principalmente na infância e adolescência<sup>66</sup>.

Ao se articular as facetas conceituais da família com a interface do estar doente, verifica-se que a presença desta no processo do adoecer revela o vínculo afetivo existente no grupo familiar, que passa a ter importância nas decisões do processo de adoecer do paciente<sup>67-68</sup>.

Num panorama histórico do assunto, pode-se observar que na década de 50, a relação familiar no paciente com doença mental e seus aspectos sociais foram a principal influência para compreensão da contribuição do familiar no tratamento e recuperação do mesmo. Nos anos 80, os cuidados prestados aos pacientes (alimentação, higiene, medicação e acolhimento) eram fornecidos pelos familiares

em detrimento das instituições de cuidados, o que despertou interesse de estudiosos a buscar respostas às necessidades do cuidar oferecidos pelo familiar<sup>66</sup>.

Nas últimas décadas, houve uma preocupação com a humanização da assistência à saúde, com a facilitação do acesso da família no período de internação hospitalar<sup>68-69</sup>. Da mesma maneira, alguns profissionais de saúde perceberam a necessidade de reconhecer a família como um membro integrante do cuidado prestado ao seu familiar doente, o que influencia de forma favorável no prognóstico da doença<sup>66</sup>, conforme descrição a seguir:

Desse modo, não se pode separar a doença do contexto familiar e por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação<sup>66</sup> (p. 681).

No “contexto familiar, costuma-se dizer que a dor de um é a dor de todos”. Com base nessa premissa, infere-se que, na instituição família, o sucesso ou o fracasso é influenciado pelo contexto adquiridos dentro do grupo familiar, seus comportamentos e hábitos o qual estão inseridos<sup>70</sup>.

Assim, a família integra a equipe interdisciplinar para que, juntos, encontrem caminhos para facilitar a aprendizagem e os processos específicos do processo de cuidado e reabilitação, tomando como base motivações, capacidades e interesses individuais dentro de seu contexto familiar e sociocultura<sup>13</sup> (p.45).

A participação da família no contexto saúde, seja ela da criança, do adolescente, do adulto ou do idoso, apresenta relevância por configurar o tratamento no cotidiano do paciente como suporte de cuidados e autoestima que se somam no processo de reabilitação<sup>13</sup>. Assim, a família é transformada como promotora da saúde em parceria com a equipe de saúde e contribui para o cuidado contínuo no suporte e apoio emocional<sup>68</sup>.

### **3.3.2 Família e a vítima de acidente de trânsito**

Acidentes de trânsito resultam em implicações para a família, não sendo a morte a única consequência. As graves lesões físicas, que levam à incapacidade e à

dificuldade de reabilitação da vítima, e as condições emocionais afetam negativamente a vida dos familiares<sup>32,53-54</sup>

Autores<sup>26</sup> enfatizam que a família está sujeita à ameaça frequente provocada pelo meio ambiente e apresenta dificuldade de encontrar opções eficientes para a resolução de problemas. Os aspectos de qualidade de vida pioram após o evento traumático que, para algumas famílias, é repetitivo e não minimiza com evento de acidente anterior, principalmente entre as vítimas de veículos de duas rodas<sup>44,68,71-73</sup>.

Os sobreviventes de acidentes passaram de uma condição ativa para uma situação de dependência. A dor e o sofrimento atingiram tanto a vítima do acidente como o familiar nesse momento de crise. As perdas materiais, a insegurança econômica e o medo do desconhecido são companhias constantes e podem gerar quebra no vínculo familiar<sup>33,48,68,74-75</sup>.

Na tentativa de diminuir custos sociais e aprimorar o cuidado às vítimas, inúmeras tecnologias vêm sendo incorporadas ao atendimento do traumatizado. Entretanto, nem sempre é possível evidenciar o seu real impacto do atendimento na sobrevivência das vítimas. Muitos fatores concorrem para esse resultado; dentre eles estão os aspectos relacionados às vítimas e ao mecanismo do trauma como, aspectos clínicos, físicos e comportamentais<sup>33,76</sup>.

Nas vítimas de acidentes de trânsito, a questão comportamental é tema pouco estudado, embora representem importante parcela da demanda por atendimento ambulatorial. Normalmente a vítima do trauma é atendida por uma equipe de saúde que realiza procedimentos relacionados às lesões externas, com ou sem repercussões internas. Além disso, a maioria dos pacientes que sofre de algum problema como o trauma, não tem preparo físico, emocional, espiritual ou social para enfrentar a situação<sup>77</sup>.

Assim, ao assumir a premissa de que “o trauma representa um grande desafio a todos que estão envolvidos com a vítima, desde o momento do atendimento inicial até o desfecho”<sup>21</sup>, convém ratificar que os profissionais de saúde envolvidos nesse contexto devem refletir sobre assistência desenvolvida ao paciente politraumatizado. A intenção é que a vítima tenha uma forma global de reabilitação voltada para o indivíduo em todas as suas dimensões e ao seu contexto familiar, e não fragmentada apenas no corpo físico<sup>26,48,68,78-79</sup>.

### 3.3.3 Consequências do TCE na família

Desde o momento em que a notícia é dada: “seu familiar sofreu um traumatismo craniano”, a crise se estabelece e as vidas são mudadas desde então. Quando algo brusco ocorre no meio familiar e o perigo de vida é iminente, é comum buscar-se métodos para controlar a situação rapidamente e, portanto, sem reflexão e sem resolutividade<sup>70</sup> (p. 551).

As consequências vivenciadas pelos familiares das vítimas de TCE provocam mudanças de papéis que refletem no comportamento, na economia e na renda, e isso afeta a estrutura familiar e seu ciclo de vida. As lesões provocadas pelo TCE podem acarretar em comprometimento físicos (alteração do tônus, ataxia, controle postural, distúrbios sensoriais e plegia); comprometimentos cognitivos (alteração da atenção, concentração, memória e fala; dificuldade de aprendizagem, no reconhecimento de objetos, e de relação espacial); e alteração de comportamento (agitação, agressividade, desinibição sexual, desorientação, frustração, impulsividade, irritabilidade e labilidade emocional)<sup>2,11,33,53,68</sup>.

Um aumento significativo nas mudanças daqueles papéis pós TCE fomenta o sofrimento familiar, cujos membros, na maioria das vezes, sentem-se culpados, responsáveis ou até revoltados com o acontecimento<sup>1,2,80-81</sup>. Isso acontece porque a família da vítima de TCE sofre mudanças sociais e ocupacionais que advêm do processo de recuperação do trauma. Em outras palavras, o processo de reabilitação manifesta problemas para a família, a qual se fecha para os assuntos sociais por algum tempo e, em vários casos, os membros abdicam do trabalho e/ou afazeres e/ou do convívio social para ajudar no tratamento e cuidados<sup>2,11,72-73,81</sup>.

Essas mudanças sociais são evidenciadas em alguns estudos como afastamentos de amigos e falta de tempo para realizar outras atividades<sup>80-81</sup>; outros trabalhos apontam mudanças de hábitos, com isolamento social, o que suscita em uma redução do número de amigos e a ruptura das relações sociais<sup>6,81-83</sup>. No geral, para alguns autores<sup>2,33,68,81</sup>, as mudanças de comportamento nos familiares são decorrentes de características negativas da vítima pós TCE, como temperamento explosivo, agressividade, depressão, irritabilidade, ansiedade e dependência. O esquecimento e a mudança de comportamento são apontadas como alterações do paciente pós TCE que acarretam dificuldade de novas aprendizagens e repercutem negativamente sobre o comportamento familiar<sup>2, 29,33,68,81</sup>.

Além disso, sobre as necessidades das famílias após o evento do TCE, estudiosos<sup>6</sup> observaram, dentre outros assuntos, que a dificuldade de entender o comportamento do paciente vítima de TCE e a falta de informação sobre a saúde foram considerados de grande relevância. Os elevados custos do tratamento da vítima de TCE provocam problemas financeiros aos familiares, como estresse contínuo, desemprego, habitação deficiente, nutrição e cuidados médicos inadequados.

A falta de diálogo também aparece como impossibilidade de estabelecer o vínculo entre o cuidador e a equipe de saúde; o fornecimento de informações contribui para diminuir o estresse e a ansiedade no processo de hospitalização e do retorno para casa<sup>68,82,84</sup>.

A vivência intensa do sofrimento e as dificuldades de adaptação no cotidiano levam a acreditar que, nem sempre, a relação familiar é de aproximação e fortalecimento. Crises e conflitos podem ocasionar desestrutura do lar frente à nova realidade<sup>82,85-86</sup>. Nesse sentido, a fé como conforto e consolo é o enfrentamento utilizado culturalmente, atribuindo a Deus a resolução dos problemas de saúde e, assim, superar os eventos conflitantes na relação familiar. Acessar as crenças religiosas e espirituais proporciona significados às respostas da doença e à possibilidade de morte para os familiares<sup>6,82,87-88</sup>.

Diante disso, frustração, impotência, culpa, raiva, ansiedade, medo, insegurança e até depressão são implicações diretas do trauma vivenciado pelos familiares de vítimas de TCE<sup>28,72-73,81,89-90</sup>. Portanto, evoca-se a necessidade de acompanhamento do paciente e, também, do familiar nas relações emocionais e sociais, por profissionais especializados que proporcionem melhor entendimento do evento traumático e, conseqüentemente, um aprendizado em lidar com o paciente com sequelas e com os conflitos internos gerados<sup>11,86</sup>.

### **3.4 Ciclo vital**

#### **3.4.1 O desenvolvimento e o ciclo vital**

A Psicologia do Desenvolvimento é a área das ciências humanas que tem como objetivo estudar, descrever, explicar, prever, intervir e analisar as regularidades do fenômeno do ciclo vital. Esse ciclo envolve etapas variadas e

definidas no desenvolvimento humano, como seguem: físico (altura, peso, habilidades motoras); perceptivo (visão, audição); cognitivo (processo de pensamento, linguagem, memória); e desenvolvimento social e da personalidade (psicossocial). As perguntas cruciais que a teoria do desenvolvimento, ou mesmo, a teoria do ciclo vital tendem a responder são: forças biológicas ou genéticas moldam nossa personalidade? O ambiente influencia ou não o nosso comportamento?<sup>91-92</sup>.

Nesse contexto de questionamentos, sabe-se que o desenvolvimento não finaliza quando a pessoa adquire a maturidade física; ele continua por toda a vida. Para os desenvolvimentistas, a importância do meio ambiente e da hereditariedade apresentam postulações que são debatidas há séculos. No século XVII, John Locke, rejeitava a concepção de que as crianças eram adultos em miniatura, prevalentes na época; que os bebês nasciam equipados com conhecimentos e capacidades herdadas e, à medida que cresciam, desenvolviam-se. Para esse autor, os bebês nasciam como uma “*tábula rasa*” e suas experiências forneciam os conhecimentos que iriam adquirir ao longo das fases do desenvolvimento, escritos nessa *tábula*<sup>93</sup>.

A Teoria da Evolução de Darwin, século XIX, segundo a qual o desenvolvimento de todos os seres vivos é evolucionário, forneceu subsídios para a base biológica do desenvolvimento humano, retornando à base hereditária, em conformidade com o princípio da sobrevivência do mais apto<sup>94</sup>. Esse fato foi muito explorado no século XX com o advento do Behaviorismo (Psicologia Comportamental). Watson, pioneiro na ciência do comportamento, acreditava que “não era adequado estudar sentimentos e pensamentos, porque experiências internas não podiam ser observadas”<sup>91</sup> (p.41).

Skinner argumentava que a natureza humana é flexível e o treinamento precoce pode transformar uma criança em qualquer espécie de adulto, independente de sua hereditariedade. Utilizava a lei geral da aprendizagem para explicar a ação voluntária no domínio de qualquer disciplina (condicionamento operante), e que as respostas recompensadas (reforço) são aprendidas. As respostas não reforçadas serão extintas, os reforços operam positiva ou negativamente<sup>95</sup>.

O behaviorismo radical explica que experienciar o ciclo da vida é simples basta reforçar as coisas certas. Porém, outra vertente do behaviorismo, o cognitivo, acredita que o ser humano pensa, e no ato de pensar não existe a necessidade de reforçar. Não há necessidade de aprender por meio do reforço. O behaviorismo cognitivo (aprendizagem social), criado na década de 70 por Albert Bandura,

ênfatiza que aprendemos por imitação, pois, temos tendência a imitar as pessoas mais envolvidas conosco desde a infância até a velhice. Procuramos conquistar nossa competência “autoeficácia”, conceito criado por Bandura, que se refere à ideia de ser bem sucedido nas atribuições. A autoeficácia pode ser bem sucedida ou prejudicial ao desenvolvimento do ciclo de vida do indivíduo<sup>91</sup>.

Ao explicarem as fases do desenvolvimento, se interagem ou não com o ambiente, várias abordagens são descritas qualitativamente com suas distinções e conceitos como pode ser observado em Piaget, Kohlberg, Freud, Bowlby, Erikson, Baltes, dentre outros. Quando se referem a estágios e fases do desenvolvimento, os comportamentos são organizados e determinados, cada estágio apresenta suas peculiaridades e todos passam pelas fases na mesma ordem. Para algumas teorias, a fixação em determinados estágios correspondem às psicopatologias, principalmente, na fase adulta<sup>91</sup>.

A teoria de Jean Piaget caracteriza os estágios do desenvolvimento cognitivo: 1º) estágio sensório-motor (permanência do objeto); 2º) pré-operacional (utilização de símbolos); 3º) estágios das operações concretas (conceito de conservação); 4º) estágio de operações formais (testada hipóteses para resolução de problemas). Cada estágio corresponde, também, ao caráter dos julgamentos morais<sup>91,96</sup>.

O desenvolvimento moral foi a vertente de Lawrence Kohlberg, influenciado pelos estudos de Piaget. Esse autor descreve que os processos maturacional e interativo do indivíduo ocorrem por meio de estágios do desenvolvimento. Diferentemente dos estágios de Piaget, Kohlberg acredita em níveis, e cada nível corresponde a dois estágios. O indivíduo não avança cada estágio por blocos; ele é capaz de estar em dois estágios ao mesmo tempo, em áreas diferentes. Os três níveis de Kohlberg são: 1) pré-convencional - destaca-se pela orientação de “punição e obediência” e pela orientação de “auto-interesse”; 2) convencional – refere-se à conformidade e manutenção de normas sociais; e 3) pós-convencional – envolve o contrato social e os princípios éticos universais<sup>97</sup>.

Sigmund Freud, na teoria descrita no artigo “Três ensaios sobre a sexualidade”<sup>98</sup>, postulou o processo de desenvolvimento psicosssexual nas formas de gratificação e de relação com o objeto. Segundo essa teoria, o desenvolvimento do ser ocorre em fases que se sucedem, sendo e elas:

1. fase oral (0 a 2 anos) - a boca é a zona de erotização;

2. fase anal (2 a 4 anos) - o ânus é a zona de erotização e o modo de relação com o objeto está vinculado ao controle dos esfíncteres; Aqui também ocorre o complexo de Édipo (entre 2 e 5 anos) e são internalizadas as regras e as normas sociais impostas;
3. fase fálica (4 a 6 anos) - os órgãos sexuais são a zona de erotização. Expõe o ponto culminante do declínio do complexo de Édipo pela ameaça de castração. No caso do menino, a característica narcísica pelo próprio pênis em confronto à descoberta da ausência de pênis na menina. Na menina surge a “inveja do pênis” e a conseqüente mágoa para com a mãe, surgem às brincadeiras de bonecas de ter o filho desejado;
4. fase de latência (6 a 11 anos) - existe um deslocamento dos desejos libidinosos da sexualidade para as atividades sociais;
5. fase genital (a partir dos 12 anos) - o objeto de desejo não é mais o próprio corpo, mas o outro. Os indivíduos são conscientes de sua identidade sexual e procuram formas de se satisfazer.

Influenciado pelas ideias de Freud, John Bowlby criou, no século XX, a teoria do apego, que compartilha a visão de que a forma que somos criados na infância molda nosso comportamento para a capacidade de amar pelo resto da vida. Vertente dominante da Psicologia do Desenvolvimento na atualidade, a resposta do apego é “biologicamente programada em nossa espécie para promover a sobrevivência”<sup>91</sup> (p.45).

Apesar das diversas teorias do desenvolvimento humano, Erikson é, sem dúvida, a referência do ciclo vital, pois acredita que os seres humanos experienciam mudanças psicológicas significativas ao longo da vida (da concepção até a morte) de aspecto biológico, individual e social. Influenciado pelas ideias de Freud, Erikson propõe a concepção do desenvolvimento em oito estágios e, em cada estágio, o indivíduo vivencia uma crise psicossocial positiva e negativa<sup>99</sup>.

Diferente das demais abordagens do desenvolvimento, o autor dispõe maior atenção à fase da adolescência, transição entre a infância e a fase adulta, na qual ocorrem acontecimentos relevantes para a personificação da personalidade. Os primeiros quatro estágios pertencem à infância e envolvem a formação da identidade; na sequência, chega à adolescência, que é negociada; por fim, evolui para os estágios subseqüentes da fase adulta. Cada estágio possui um núcleo, uma crise básica, iniciada no estágio, mas que pode ter conseqüências a posterior<sup>99</sup>.

O esquema dos estágios postulados por Erikson<sup>99</sup> correspondem a:

- 1) confiança x desconfiança (até 1 ano), dependência substancial dos outros para cuidar dele;
- 2) autonomia x vergonha e dúvida (2 a 3 anos) - controle das necessidades fisiológicas, autonomia e liberdade;
- 3) iniciativa x culpa (4 a 5 anos) - percebe as diferenças sexuais, desempenho dos papéis;
- 4) construtividade x inferioridade (6 a 11 anos) - período de alfabetização propicia o convívio com outros, maior socialização;
- 5) identidade x confusão de papéis (12 aos 18 anos) - fase que ocorre crise psicossocial positiva e negativamente;
- 6) intimidade x isolamento (adulto jovem) - interesse profissional, relacionamento mais duradouros;
- 7) produtividade x estagnação (adulto de meia idade) - preocupações com o conforto físico e material, contribuição social;
- 8) integridade x desesperança (velhice) - envelhecimento com valorização de conquistas e produtividade ou arrependimentos e lamentações.

A crise exposta no modelo psicossocial é comum para todos ao longo da vida. A teoria de Erikson visa responder as grandes preocupações da humanidade sobre a formação da personalidade e sobre o papel do ambiente social. Nesse sentido, qualquer ser que vive em grupo sofre o processo de pressão e influência que este cogita, mais fortalecido ou mais frágil, de acordo com suas vivências do conflito. Cada sociedade e cada cultura determinam o surgimento e o crescimento do indivíduo e os desafios que precisam ser superados<sup>99</sup>.

Assim, para Erikson, a forma de crescimento se sobrepõe às crises no seu contexto social. No estágio adulto, por exemplo, a união existe intimidade, parceria e cooperação. É preciso que a pessoa, ao longo dos ciclos, construa um ego forte o suficiente para aceitar o convívio com o outro ego, sem ameaças. Observa-se na fase adulta, também, que a produtividade e a estagnação dizem respeito à preocupação com tudo que o sujeito conseguiu ao longo da vida, e ele se percebe como um ser cuidador que transmite seus ensinamentos<sup>99</sup>.

Essa distribuição do ciclo vital em períodos é uma construção social e não há nenhum momento uma definição em que uma criança se torna adulta ou um jovem torna-se idoso<sup>92</sup>. Historicamente, foram obtidas diversas caracterizações para

maioridade e infância e, com base nelas, foram descritas regras e leis. Observa-se, portanto, que o desenvolvimento tem origem principalmente nas características da hereditariedade, do ambiente e da maturação.

Paul Baltes, influenciado pelas ideias de Erikson, classificou os princípios básicos da teoria do desenvolvimento do ciclo vital, que funciona como parâmetro. Para Baltes, o desenvolvimento é vitalício, multidirecional e multidimensional; envolve mudanças na alocação de recursos; é influenciado pelas mudanças biológicas e culturais, e pelo contexto histórico; e revela plasticidade, ou seja, muitas capacidades e habilidades (memória, motricidade, resistência etc.) podem ser aperfeiçoadas com treinamento e prática, independente da idade. As contribuições de Baltes permitiram caracterizar o desenvolvimento humano nas mudanças das etapas da vida nas condições biológicas, psicológicas e sociais<sup>92,100</sup>.

Em cada passagem de um estágio para o outro, a qualquer tempo, a vida incorpora aspectos internos e externos. A maneira como sentimos em relação aos acontecimentos à nossa situação de vivenciar a vida é que vai, a cada estágio, propor aceitar ou renunciar acontecimentos. É necessário estar dispostos a compartilhar a identidade individual com a família. Acontecimentos inevitáveis na vida, como morte de familiar, acidentes, guerras, ameaças em sua vida, são “acidentes da vida”, trata-se de uma passagem crítica no ciclo vital nos forçar a resolver os problemas impostos por aquela fase de maneira mais eficiente<sup>101</sup>.

### **3.4.2 O ciclo vital familiar**

A família pode ser descrita a qualquer momento de seu desenvolvimento, por se tratar de um ciclo circular e repetitivo por se tratar de evolução do nascimento até a morte. Na família contemporânea, o casamento e o recasamento, ambos os parceiros chegam a um acordo com os parceiros das famílias de origem e seus respectivos papéis<sup>102</sup>.

Muitas são as questões na história das famílias como o divórcio, a economia, a doença, a morte além do relacionamento conjugal e a criação dos filhos, influenciam negativa ou positivamente o ciclo de vida dessa família. A tarefa da família é manter-se numa contínua troca de experiências, saberes e poderes. Relacionamento entre grupos, processo de aquisição de novos membros, angústia e desesperanças de perdas de membros, com a doença crônica ou a morte, ajustar-se

a determinados acontecimentos demandam eventos estressores que provocam conflitos familiares<sup>103</sup>.

Dessa forma, na psicodinâmica familiar é possível observar um ou mais membros angustiados que parecem estar com dificuldade em evoluir; elas estão ou parecem estar não-evoluídas, ou “fixadas”, num estágio obsoleto<sup>104</sup>.

O ciclo vital da família brasileira é dividido em quatro fases: aquisição, adolescência, madura e última. A fase de aquisição é constituída do modelo familiar que insere as conquistas após o casamento, na aquisição da moradia, permanência ou mudança de emprego, qualidade de vida. Nessa fase também está presente o ingresso de novos membros como filhos e se estende até a adolescência com a junção do namorado(a) e sua família. Aquisição importante nessa fase diz respeito ao momento escolar. O que se observa é que esta fase considera a formação do sistema família com o casamento e os papéis desempenhados. Essa fase estabelece o compromisso que envolve a obtenção de intimidade e ressalta a necessidade de independência da família de origem, emocional e economicamente<sup>67,105</sup>.

A fase de adolescência se mistura com a fase de aquisição no processo do adolescente iniciar sua vida amorosa, cuidados com o corpo, o aumento do novo membro na família. Nessa fase, os pais estão na faixa etária acima dos 40 anos, os cuidados com os filhos pequenos são dissolvidos, os pais começam a perceber a necessidade com seu próprio bem-estar. Assim, alguns pais retornam a comportamentos de adolescência, sobrecarregando aquele membro que não adoesceu<sup>106</sup>.

A relação de namoros dos adolescentes é, também, a principal incubência, nessa fase, de aceitar os novos membros no contexto social familiar, e tem implicações cruciais na forma de pensar de cada membro<sup>67</sup>.

A fase madura é a mais duradoura na relação do ciclo familiar, compreende a saída dos filhos de casa e o aumento da relação familiar com agregados e netos, o envelhecimento do corpo. As mudanças comprometem positiva ou negativamente essa fase, no individual e no convívio familiar<sup>106</sup>. Essa é a fase da barra de lançamento, significa dizer que a família aceita a separação como um resultado do processo natural<sup>67</sup>.

A fase última corresponde àquele casal que iniciou o processo do ciclo familiar com o casamento voltam a ficar sozinhos, juntos ou não<sup>106</sup>. A morte, nessa

fase, é inevitável, o que significa reacomodação familiar. É a fase de confrontos e tomadas de decisões para novos reajustamentos e ressalta que a comunicação é de fundamental importância nessa fase. Reporta-se aqui aos estudos de Erikson, quando afirma que o oitavo estágio depende das experiências de ciclos anteriores; são as consequências de suas escolhas<sup>67</sup>.

Toda sociedade é constituída por indivíduos sujeitos ao processo de se desenvolverem de crianças e genitores. Para assegurar a continuidade da tradição, a sociedade deve preparar desde cedo suas crianças para a futura condição de genitor; e deve vigiar os inevitáveis resíduos de infantilidade em seus adultos. São incumbências difíceis, principalmente porque uma sociedade tem necessidade de muitos indivíduos que possam ser dirigidos, uns poucos que possam liderar, e alguns que associem as duas condições, alternadamente ou em diferentes áreas da vida<sup>107</sup> (p. 372-373).

Os aspectos tradicionais da família são espaços de relações com padrões biológicos e de sobrevivência, também caracterizadas como um suporte para outro; Neste sentido, a família desempenha um importante papel como indivíduos de socialização primária<sup>67</sup>. E, complementa:

Neste contexto, o conceito de ciclo vital familiar refere-se a um processo pelo qual passam todas as famílias, independentemente da sua configuração, e leva a superar uma série de crises e reconfigurações durante o desenvolvimento, que vai continuar a lidar com ambas as dificuldades individuais como grupo.

Os sintomas físicos e doenças influenciam o estado emocional da família e a disfunção nas relações familiares ocasiona estresse e até doenças físicas em outros membros, independente do ciclo de vida e os desafios que enfrentam<sup>27</sup>.

O conceito ampliado da sexualidade, contribuição da Psicanálise, acrescenta o complexo de Édipo como denominador nas manifestações afetivas de amor e ódio da triangulação familiar. Nessa fase, a família e a sociedade impõem regras, limites e padrões. É nessa fase tão importante que se desenvolve o conceito de nossa identificação que levamos para toda nossa vida e que são necessários para a integração dos laços familiares e sociais. “Frente à decadência da vida familiar burguesa, Freud lança mão do complexo de Édipo para restaurar a família enquanto instituição, agora simbólica e inconsciente”<sup>108</sup> (p.22).

Os seminários de Lacan<sup>109</sup> traduzem a posição da família como complexos que representam um papel de organizadores no desenvolvimento psíquico do grupo por meio da realidade ambiental em que se vive definido essencialmente como um fator inconsciente “*imago*<sup>2</sup>”. São três processos complexos ao longo do ciclo do desenvolvimento no indivíduo: complexo do desmame, da intrusão e de Édipo.

No complexo do desmame, em que a criança fixa no psiquismo a relação da alimentação necessários nos primeiros meses de vida, seriam esses os sentimentos mais arcaicos e estáveis que une o indivíduo à família; o intento do desmame, aceitar ou recusar, marcará a sequência do seu ciclo evolutivo. O complexo da intrusão permeia o reconhecimento enquanto ser dentro da família, irmãos, a ordem de seu nascimento e o ciúme. O papel traumatizado do irmão é substituído pela intrusão, o intruso será acolhido após o desmembrar do complexo de Édipo. O complexo de Édipo apresenta-se como pulsões genitais e a criança se aproxima do objeto mais próximo (pai ou mãe); as frustrações são referidas aos genitores do mesmo sexo, acompanhado da repressão educativa<sup>109</sup>.

As etapas de crises no ciclo de vida da família envolvem fatores de estresse que se apresenta como regulamentação (transição de fase da vida) ou não-normativa (doenças) em concomitante com a frequência e relevância dos eventos. Assim, acredita-se que o desenvolvimento normal da crise familiar está na realização dos objetivos pertinentes a cada fase do ciclo vital. Porém, o não-normativo pode gerar disfunções ou sintomas que perturbam o funcionamento normal da família. Nesse sentido, a família experiencia disfunções e espera-se que lide com as crises inesperadas<sup>67</sup>.

A teoria do Ciclo Vital Familiar permite descrever o desenvolvimento das famílias por meio de uma série de etapas evolutivas que podem ser influenciadas por forças internas e externas<sup>67</sup>.

### **3.4.3 O ciclo vital e a terapia grupal**

A partir da década de 40, a psicanálise individual se amplia para o atendimento de família, primeiramente com as famílias de pacientes esquizofrênicos, utilizando os preceitos básicos dos estudos de Freud, Bion e Pichon-Rivière, dentre

---

<sup>2</sup> Imago: modelo inconsciente elaborado pela criança sobre o outro, por meio das primeiras relações intersubjetivas reais e fantasiadas no meio do ambiente familiar.

outros, para teorizar o funcionamento inconsciente partilhado entre os membros do grupo<sup>110</sup>.

O termo psicanálise, criado por Sigmund Freud em 1896, nomeia o método particular de psicoterapia proveniente do processo de catarse, pautado na exploração do inconsciente<sup>111</sup>. Apesar do conhecimento da psicanálise como um processo individual, os trabalhos iniciais de Freud e sua vasta obra provam o contrário:

O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. (...) a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social<sup>112</sup> (p. 81).

O indivíduo convive em grupo; o primeiro é o grupo familiar. São as obras “Psicologias dos grupos” de 1912, bem como “Totem e tabu” de 1923 que apresentam os ensaios de Freud em grupos e que disseminam trabalhos com outros estudiosos, a exemplo de Wilfred Bion e Enrique Pichon-Rivière<sup>113</sup>.

O grupo familiar evidencia não apenas a importância dos genitores como membros constituintes da família, mas, também, a inter-relação de outros membros da família ou não, que interagem diretamente. Assim, o grupo familiar exerce o foco pulsional ou ambiental na estruturação psíquica da criança à fase adulta<sup>114</sup>.

A contribuição de Wilfred Bion corresponde aos trabalhos desenvolvidos enquanto psiquiatra militar durante a Segunda Guerra Mundial, influenciado pelos pressupostos de Freud, na ala de reabilitação de militares do Hospital Nortfield. Após a guerra, desenvolveu os trabalhos em grupos terapêuticos na Clínica Tavistock em Londres<sup>113,115</sup>.

Bion criou a teoria do funcionamento dos grupos, subdividindo-os em grupo de trabalho ou refinado; grupo de base ou mentalidade grupal; e grupos de pressupostos básicos. Entende-se como grupo de trabalho a reunião de pessoas para a realização de uma tarefa específica; cada membro mantém o comportamento de cooperação e contribui com suas habilidades individuais, e, neste caso, atinge o espírito de grupo<sup>113</sup>.

A mentalidade grupal corresponde ao mau funcionamento do grupo por meio do padrão de comportamento dos membros influenciados. Os pressupostos básicos

partem do princípio da identificação dos perfis do comportamento extraído da observação do grupo que denominou de: dependência, acasalamento e luta- fuga<sup>113</sup>.

No pressuposto de dependência, os membros do grupo se comportam como se protegidos do líder, suposto detentor do saber onipotente e onisciente. O grupo acasalamento corresponde aos laços entre dois participantes no interior do grupo e expressa a esperança de que os problemas atuais do grupo poderão ser resolvidos. No pressuposto básico de luta-fuga, o grupo reage como se estivesse ameaçado por um perigo e devesse se defender dele. O líder é uma presa provisória da culpabilidade do grupo<sup>113,115</sup>

A notável contribuição de Pichon-Rivière decorre de inserir a tarefa concreta e o aspecto criativo nos grupos que compreende o indivíduo como um sistema de inter-relações dialéticas, produto da interação entre o mundo interno e externo, orientado pelo aprendizado por meio da tarefa do desenvolvimento dos grupos operativos.

Para Pichon-Rivière, a tarefa do grupo – que pode ser a aprendizagem, o cuidar de pacientes, o diagnóstico das dificuldades de uma organização do trabalho, a criação publicitária etc. – supõe sempre duas ansiedades de base que perturbam a aprendizagem e a comunicação e são a base do que ele chama de "resistência à mudança". A primeira é "o medo da perda" das estruturas existentes (em relação com a ansiedade depressiva); a segunda é "o medo de ser atacado" (ansiedade paranoide) na nova situação de formação que produz insegurança<sup>115</sup> (p. 102).

Entender o funcionamento de um grupo requer levar em conta os fenômenos observados do ambiente e do ciclo vital inserido dos participantes. É comum, também, que no grupo familiar exista uma compulsão à repetição de códigos de valores que constituem como "mitos familiares". No atendimento conjunto do paciente e cuidador familiar "deve-se procurar o desmascaramento da farsa de que há único paciente e uma família vítima e desesperançada"<sup>114</sup> (p.216).

Na concepção de Pichon-Rivière, o grupo apresenta-se como instrumento de transformação da realidade, e seus integrantes passam a estabelecer relações grupais que vão se constituindo, na medida em que começam a partilhar objetivos comuns, a ter uma participação criativa e crítica e a poder perceber como interagem e se vinculam<sup>116</sup> (p.164).

A elaboração de conhecimento e integração que o grupo permite, coloca em evidência a possibilidade do vínculo que provoca interações indissociáveis na medida em que aprendemos a partir da relação com os outros<sup>116</sup>.

O ciclo vital do indivíduo é desenvolvido dentro da constituição vital familiar. A perspectiva de trabalhar a teoria do ciclo vital no grupo de terapia familiar se respalda nas disfunções e funcionamento normal ao longo do tempo, essenciais para o entendimento dos problemas emocionais importantes e pertinentes para todo o processo terapêutico.

A terapia em grupo pode ser conduzida em ambulatório e trata-se de um modelo de psicoterapia que utiliza como instrumento as interações pessoais sobre desenvolvimento psicológico. O grupo aberto possibilita agregar novos integrantes para complementar e criar vínculos, ambiente de confiança e afeto que possibilita atingir a maturidade no ciclo de seu desenvolvimento. O espaço grupal promove a troca de experiências emocionais e interrelacionais que provoca a resignificação<sup>117</sup>.

A proposta é trabalhar o grupo com oportunidade de identificar nos outros os “próprios problemas e possibilitar o conhecimento de si, a sensação de não estar ‘só no mundo com as próprias dores’ (...) a partir dos fenômenos grupais como unidade integrada, questionando e pontuando as falas e construções feitas pelo grupo como um todo”<sup>118</sup> (p. 582).

# Casuística e método



## **4 CASUÍSTICA E MÉTODO**

### **4.1 Tipo do estudo**

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva na abordagem qualitativa com utilização de um grupo de terapia processual, fechado e misto, na perspectiva da Teoria do Ciclo Vital.

### **4.2 Local de estudo e unidade de observação**

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório Alexandre Mendes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Campus da Saúde de Aracaju. A unidade de observação foi REVIVA, denominação dada ao subprojeto “Resignificando Vidas” da Liga Acadêmica de Trauma da UFS (LITRAUMA).

A LITRAUMA é um projeto de extensão universitária com atividades voltadas para a prevenção e reabilitação do trauma. Na prevenção, a liga acadêmica atua em campanhas que englobam a saúde no suporte básico de vida; prevenção de acidentes e campanhas educativas no trânsito. No âmbito reabilitador, realiza atendimento ambulatorial com equipe multiprofissional por meio de trabalho interdisciplinar às vítimas de TCE após alta hospitalar. A Liga contempla alunos, professores e profissionais dos cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina (Neurocirurgia e Psiquiatria) e Psicologia.

### **4.3 Amostra**

É caracterizada como não probabilística e por acessibilidade, representada por cuidadores familiares e vítimas de TCE atendidas no REVIVA. Os sujeitos assistidos no projeto são provenientes de diversos municípios dos estados de Sergipe, além de Alagoas e Bahia, como reflexo da assistência prestada pelo hospital referência em trauma para as regiões circunvizinhas – o HUSE (Hospital de Urgência de Sergipe), numa parceria com a residência de neurocirurgia da Fundação Beneficente Hospital Cirurgia - FHBC.

A amostra envolveu inicialmente 30 participantes (15 cuidadores familiares e 15 vítimas de TCE), homens e mulheres, os quais preencheram os requisitos de inclusão da pesquisa para as vítimas de TCE, a saber:

- ter sofrido algum evento que provocou o TCE;
- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- ser paciente atendido no REVIVA mediante encaminhamento dos residentes de neurocirurgia do FHBC.

Os requisitos para inclusão do cuidador familiar levou em consideração:

- conviver com a vítima de TCE;
- ter idade igual ou superior a 18 anos.

Foram excluídos os sujeitos menores de 18 anos; pacientes que não sofreram TCE; pacientes de TCE que não eram atendidos no REVIVA; cuidadores familiares que não tenham convívio com a vítima de TCE e/ou que não participam do acompanhamento e tratamento de reabilitação.

Entende-se como cuidador familiar alguém da família ou afim, sem formação na área de Saúde, que cuida de um ente familiar que esteja necessitando de cuidados por estar acamado, com limitações físicas ou mentais<sup>119</sup>. Esse cuidado fundamenta-se nos propósitos de bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida, definidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos<sup>120</sup>.

Uma vez constituído os requisitos para a coleta de dados, procedeu-se o convite a ambos, vítima e cuidador familiar, esclarecendo sobre os objetivos e métodos da pesquisa, numa linguagem compreensível. A aceitação implicava na assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE - (APÊNDICE A) e a cessão de Direitos (APÊNDICE B) para ambos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Com o seguimento da pesquisa propriamente dita, dez participantes foram excluídos da amostra (cinco familiares e cinco vítimas de TCE), uma vez que não compareceram à segunda sessão de terapia grupal, seja por morar em outro estado ou por inviabilidade de recursos para transporte durante o período de coleta de dados, iniciada em abril e encerrada em maio de 2015. Ao final, dez pacientes concluíram o estudo, acompanhados por seus pares.

#### **4.4 Equipe executora**

As sessões foram conduzidas pelo coordenador ou moderador (psicólogo), que tem como função criar um ambiente favorável às discussões, atuar como facilitador e ser neutro de opinião. Três colaboradores participaram das sessões: um relator, responsável por registrar, nos roteiros de observação, as impressões os principais fatos discutidos; e dois monitores, responsáveis por controlar o tempo, monitorar os equipamentos de áudio e gerenciar a logística das dinâmicas. Os momentos finais da sessão foram destinados à síntese da discussão pelo moderador.

Os representantes da equipe executória fazem parte do programa REVIVA/Litrauma (UFS) e foram treinados previamente, com o objetivo de melhor articulação nas sessões e aprendizado de novas abordagens metodológicas.

#### **4.5 Instrumentos para coleta de dados**

A técnica de coleta de dados contemplou dois formulários, um roteiro de observação e o grupo de terapia em si como ferramentas que subsidiaram o aporte de informações necessárias à verificação dos objetivos propostos.

##### **4.5.1 Formulários**

Dois formulários específicos foram criados para obter informações acerca da vítima de TCE e seu cuidador familiar, isoladamente. Além de dados sobre identificação pessoal, aspectos sociais, elementos relacionados ao trauma e ao retorno às atividades, para as vítimas de TCE (APÊNDICE C), e participação efetiva na internação e reabilitação, para o cuidador familiar (APÊNDICE D).

##### **4.5.2 Grupos de terapia**

Os grupos de terapia permitiram a discussão de temas relacionados à alta hospitalar e ao retorno para casa, ao cuidado e ao processo emocional no convívio familiar e suas percepções. As sessões foram planejadas com base em um roteiro de três temas e duração aproximada de duas horas, realizados no dia da consulta

do paciente à equipe multidisciplinar que ocorre semanalmente às sextas-feiras à tarde. As informações fornecidas pelo grupo foram áudio registradas, mediante autorização, e anotações complementares foram minutas nos roteiros de observação.

#### **4.5.3 Roteiro de observação**

O roteiro de observação (APÊNDICE E) fundamenta-se em observar os participantes do grupo durante a reunião e registrar as impressões que auxiliem na categorização final das respostas auditivas, à medida que forem percebidos os aspectos que seguem:

- clima social da reunião: agradável, cordial, interessante, produtiva, tensa, sinais de hostilidade, desinteressante, monótona, desagradável;
- atividades dos participantes: rotineiras, esforços dispersos, tendência a concordar, polidez, formalidade, produtividade, interesse nas discussões, autodisciplina de cada membro;
- expressão de ideias e sentimentos: falta de liberdade para expressar ideias e sentimentos, polidez, superficialidade, exposição de diferentes pontos de vista, troca de ideias, sinceridade e confiança nas manifestações pessoais.

#### **4.6 Estruturação das etapas de coleta e da terapia de grupo**

##### **4.6.1 Etapas da pesquisa**

As etapas de coleta de dados consistiram no preenchimento de formulário e planejamento das sessões.

##### **1ª Fase**

Uma vez selecionados os participantes, com a assinatura dos TCLE e Cessão de Direitos, os mesmos foram convidados a participar do grupo e responderam verbalmente aos questionamentos dos formulários, por meio da técnica de entrevista estruturada com um membro da equipe executora. Foram esclarecidas dúvidas e explicado o processo do grupo de terapia.

## **2ª Fase**

A condução dada à pesquisa, neste nível, seguiu dois caminhos distintos (um para as vítimas de TCE e o outro para o cuidador familiar), por meio de sessão de grupo de terapia separadamente. Para favorecer e facilitar a integração com o grupo foi utilizada a dinâmica de grupo com a instrução inicial: “a dinâmica que vamos utilizar é de colagem. Vocês escolhem figuras ou palavras das revistas que melhor traduzem o sentimento que apresentam com o tempo de hospitalização e o retorno para casa”. Após recortes e colagens, os participantes foram convidados a expor, verbalmente, o que cada figura representava.

## **3ª Fase**

As sessões subseqüentes foram introduzidas com uma pergunta inicial relacionado ao tema do dia e estimulando os participantes a falar, por associação livre, suas percepções acerca do tema: “o convívio em família e a contribuição do conhecimento adquirido no grupo”.

## **4ª Fase**

A última fase correspondeu ao encerramento das atividades propostas para esta pesquisa. Os participantes demonstraram, por meio de falas, as contribuições do grupo para o convívio familiar.

### **4.6.2 Grupos de terapia e estrutura das sessões**

As sessões de terapia foram planejadas antecipadamente a partir da experiência da escuta clínica. Os grupos de terapia foram organizados a partir da demanda do atendimento no ambulatório. Como já mencionado, apenas na primeira sessão o grupo de cuidadores familiares foi separado do grupo de vítimas de TCE para evitar inferências das falas dos sujeitos de ambos os grupos sobrepondo aos sentimentos por se tratar da ansiedade da primeira sessão. Todas as sessões foram conduzidas pelos membros da equipe executora.

A estrutura das sessões foi elaborada conforme os temas e as dinâmicas, cujo roteiro final apresenta-se descrito a seguir.

### **Primeira Sessão**

- ✓ TEMA: percepção sobre a alta hospitalar e o retorno para casa.
- ✓ OBJETIVO: revelar as frustrações, resistências, desafios, enfrentamentos e vínculos afetivos relacionados à temática.
- ✓ MATERIAIS: revistas, cartolinas, tesoura, cola e caneta hidrocor.
- ✓ MÉTODO: acolher os participantes separados por grupos, vítimas de TCE e familiares; explicar a proposta da sessão; solicitar que cada participante escolha entre as figuras das revistas aquela que melhor lhe provoque qualquer sensação ou sentimento relacionado à temática; oportunizar espaço de discussão para compartilhar as emoções no momento da alta hospitalar, do retorno para casa e no convívio afetivo.
- ✓ ANÁLISE E INTERVENÇÃO: avaliar a inter-relação estabelecida entre os membros desconhecidos; desenvolver habilidades de interação e de trocas de experiências entre os participantes do grupo.

### **Segunda Sessão**

- ✓ TEMA: troca de experiências sobre os desafios no TCE.
- ✓ OBJETIVO: identificar as dificuldades enfrentadas pelos participantes para a resolução dos seus problemas: observar as sugestões e posturas que cada participante utiliza para tal.
- ✓ MATERIAIS: não houve.
- ✓ MÉTODO: solicitar que cada participante faça uma exposição verbal sobre o convívio dos pares (vítima e familiar) em casa após o TCE e sobre o processo de cuidar.
- ✓ ANÁLISE E INTERVENÇÃO: identificar, nas percepções dos participantes, as demandas e estratégias desenvolvidas no cuidado e convívio familiar após a alta do paciente e retorno para casa; proceder associação livre sobre as falas.

### **Terceira Sessão**

- ✓ TEMA: o grupo de terapia como estratégia de enfrentamento dos desafios no TCE.
- ✓ OBJETIVO: compartilhar as experiências apresentadas no grupo (o que posso melhorar e como posso favorecer o apoio ao outro?).

- ✓ MATERIAIS: não houve.
- ✓ MÉTODO: solicitar que cada participante faça uma exposição verbal sobre expectativas em relação ao grupo terapia e sobre os resultados advindos do processo; compartilhar as experiências que todos tiveram; encerrar as dinâmicas desenvolvidas com a avaliação das expectativas.
- ✓ ANÁLISE E INTERVENÇÃO: avaliar a contribuição do grupo terapêutico para os participantes e como intervenção no programa de reabilitação da extensão universitária; proceder associação livre sobre as falas;

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, da Universidade Federal de Sergipe – CEP/UFS sob o número do parecer 239.593/2013.

Não houve riscos e desconfortos possíveis aos participantes. As intervenções do psicólogo foram realizadas com o objetivo de facilitar a expressão dos participantes e minimizar possíveis constrangimentos. A fim de excluir tal risco, todas as etapas foram conduzidas e orientadas por uma psicóloga habilitada, e os participantes somente se expressavam quando se sentiam à vontade para falar. Ademais, os encontros do grupo ocorreram em sala privativa.

Para preservar a identidade dos participantes e manter o sigilo dos respondentes, foi realizada a codificação dos questionários e dos relatos transcritos por meio da utilização da letra “F” (familiar) e da letra “P” (paciente), seguida de numerais correspondentes (exemplo: “F01”; “P01”). Para identificação de gênero, foi inserida a letra ‘m’ (masculino) ou ‘f’ (feminino) após aquela sequência, separados por hífen (exemplo: “P01-m”; “F01-f”).

#### **4.8 Tratamento dos dados**

As variáveis numéricas e categóricas acerca da caracterização das vítimas e seus cuidadores foram apresentadas sob a forma de quadros.

As observações dos roteiros foram utilizadas em conjunto com as verbalizações manifestadas ao longo das sessões de terapia grupal e áudio-

registradas. Transcritas na íntegra e submetidas à análise temática, subsidiadas em Bardin<sup>121</sup> e Minayo<sup>122</sup>.

A análise temática, segundo Minayo<sup>122</sup>, compreende descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência expressa alguma coisa para o objetivo analítico visado. Para Bardin<sup>121</sup>, na análise temática é possível fazer o levantamento das atitudes, qualidades e aptidões, em cada unidade de codificação em que a qualidade ou o defeito estão presentes, reagrupando os diferentes elementos em grandes categorias.

Para realizar a análise temática são necessárias três etapas operacionais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

a) Pré-análise: corresponde à fase inicial de todo o processo de planejamento do trabalho e apresenta as seguintes fases:

- leitura flutuante: permite impregnar-se pelos conteúdos transcritos a partir dos áudios de registro das sessões de terapia de grupo;
- leitura dirigida: delimitação do corpus e da coleta, com base nas transcrições e nos registros dos roteiros de observações;
- constituição do corpus: organização do material e apresentação dos elementos. Por exaustividade assegura-se que sejam contemplados todos os aspectos dos roteiros de observação e das transcrições de áudios; por representatividade garante-se que o universo pretendido da problemática e do objetivo foi alcançado; por homogeneidade, verifica-se a obediência aos critérios de inclusão; e por pertinência, afirma-se a adequação da pesquisa para a análise.

b) Exploração do material: compreende a fase da coleta e a transformação dos dados brutos em codificação (temas e categorias). As temáticas correspondem aos temas abordados em cada sessão; as categorias foram adquiridas na interpretação das verbalizações desenvolvidas nas sessões.

c) Tratamento dos resultados: fase final do processo de análise, corresponde à interpretação dos significados das categorias apresentadas e discussão dos resultados.

De acordo com os princípios deste método, as estruturas e os elementos do conteúdo foram desmontados e analisados por meio do estudo minucioso das palavras e frases que o compõem e extraída sua significação<sup>121-122</sup>.

# Resultados e discussão



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da variedade de informações a serem descritas ao longo deste capítulo, foi escolhida a apresentação dos resultados subdivida em tópicos de igual contexto, a fim de facilitar a compreensão dos significados.

### 5.1 Apresentação descritiva da amostra em estudo

Foram objeto de avaliação deste estudo dez pacientes vítimas de TCE, em acompanhamento multidisciplinar no REVIVA, bem como os respectivos cuidadores familiares, responsáveis pelo cuidados. O perfil descritivo da amostra de vítimas de TCE é apresentado no Quadro 1.

**Quadro 01:** Perfil descritivo da amostra de vítimas de TCE em seguimento ambulatorial no REVIVA/HU-UFS. Aracaju/SE, 2016.

ID	Idade	Estado Civil	Descrição do evento	Tempo alta	CNH	Escolaridade
P01-m	23	Solteiro	Acidente de moto Sem capacete Alcoolizado	10 dias	Não	Fundamental incompleto
P02-m	24	Solteiro	Acidente carro	15 dias	Sim	Ensino médio
P03-f	32	Solteiro	Acidente de moto Sem capacete	30 dias	Não	Ensino médio
P04-f	19	Solteiro	Acidente de moto Sem capacete	5 dias	Não	Fundamental incompleto
P05-m	31	Casado	Acidente de moto Sem capacete Alcoolizado	22 dias	Não	Fundamental incompleto
P06-m	40	Casado	Acidente de moto Sem capacete Alcoolizado	19 dias	Não	Fundamental incompleto
P07-f	37	Solteira	Acidente de moto Sem capacete Alcoolizado	9 dias	Não	Fundamental incompleto
P08-m	47	Casado	Violência urbana Alcoolizado	8 dias	Não	Fundamental incompleto
P09-m	43	Casado	Acidente de moto Sem capacete Alcoolizado	45 dias	Sim	Fundamental incompleto
P10-f	50	Solteira	Acidente de moto Sem capacete Alcoolizada	60 dias	Não	Fundamental incompleto

#### LEGENDA:

ID: Identificação do sujeito se paciente (P) ou cuidador familiar (F), seguidos do numeral correspondente a ordem do formulário e o gênero masculino (m) ou feminino (f).  
CNH: Carteira Nacional de Habilitação.

De modo semelhante, o perfil descritivo da amostra dos cuidadores familiares das vítimas de TCE é apresentado no Quadro 2.

**Quadro 2:** Perfil descritivo da amostra de cuidadores familiares de vítimas de TCE em seguimento ambulatorial REVIVA/HU-UFS. Aracaju/SE, 2016.

Identificação	Idade	Grau de parentesco	Chefe da família pós TCE	Escolaridade
F01-f	49	Mãe	Sim	Não letrado
F02-f	54	Tia	Sim	Ensino Fundamental incompleto
F03-f	39	Irmã	Sim	Ensino fundamental incompleto
F04-f	37	Mãe	Sim	Não letrado
F05-f	37	Esposa	Sim	Ensino fundamental incompleto
F06-f	39	Esposa	Sim	Ensino fundamental incompleto
F07-f	42	Prima	Não	Não letrado
F08-f	48	Esposa	Sim	Não letrado
F09-f	42	Prima	Sim	Ensino fundamental incompleto
F10-f	26	Prima	Não	Ensino médio

A observação dos dados referentes aos pacientes revelou um grupo relativamente homogêneo, composto por seis homens e quatro mulheres, com idades entre 19 e 50 anos<sup>12-13,15-21</sup> e baixa escolaridade. Vale destacar que, antes do trauma, as vítimas possuíam ocupação profissional de agricultor, caminhoneiro, feirante, soldador e pedreiro, e até o momento do encerramento da coleta de dados nenhum paciente havia retornado ao trabalho por orientação médica.

A quase totalidade das vítimas teve como causa do TCE o acidente de trânsito; apenas um foi referente à violência urbana. Autores<sup>7,9,11-12,15-19,38-39</sup> ressaltam o crescimento das agressões físicas como trauma mecânico em grandes cidades, o dado evidenciado no presente estudo demonstra a importância da violência urbana como causa de TCE.

Aqueles usuários de veículos de duas rodas declararam que no momento do evento do trauma não faziam uso do capacete como equipamento de proteção, fator agravante por ignorar as regras de direção e a legislação de trânsito<sup>39,44,46,49,53,71,123</sup>. Apenas duas vítimas possuíam Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Ademais, metade dos participantes informou que fez o uso de bebida alcoólica antes do acidente, dados semelhantes aos estudos<sup>1,2,6,28,39,71,85</sup>. Por fim, o tempo de alta

hospitalar compreendeu desde um período de cinco dias até dois meses, ou seja, fase aguda da reabilitação.

De modo semelhante, o perfil descritivo da amostra de cuidadores familiares das vítimas de TCE em sua totalidade é formada por mulheres com idades entre 26 e 54 anos<sup>6,68,90,124</sup>.

Constatou-se que a grande maioria dos cuidadores familiares se configura como provedores do lar após seu familiar ser vitimado de TCE, sendo responsáveis pelos cuidados na saúde afetada e provimentos econômicos no lar. Além disso, possuem baixa escolaridade, evidenciado em outros estudos<sup>81,90</sup>.

## **5.2 Apresentação descritiva da análise temática**

A partir da análise de todo material produzido nas sessões de grupo terapia (produção visual e verbal, posteriormente transcrita), e com base na sistematização realizada para análise temática das respostas qualitativas, chegou-se a quatro temas específicos, como seguem, os quais foram abordados com suas especificidades.

- Percepção dos pacientes com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa.
- Percepção de familiares de vítimas com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa.
- O ciclo vital familiar e os desafios no TCE.
- Grupo de terapia como estratégia de enfrentamento dos desafios no TCE.

### **5.2.1 Percepção dos pacientes com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa**

Neste primeiro tema explorado utilizou-se a referenciação no ciclo vital e na vertente psicanalítica para analisar os dados. Ressalta-se, com antecipação, que o intuito não é analisar a psicanálise em sua profundidade, mas evidenciar que o grupo de terapia retrata aspectos psicanalíticos na experiência apresentada pelos participantes que remete às conferências expostas por Sigmund Freud em seus escritos.

Com base nos dados coletados e analisados para a categoria “Percepção dos pacientes com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa”, foram obtidas as categorias descritas na sequência. Os elementos apresentados pelos participantes na forma de recortes de imagens de revistas (Figura 01) subsidiaram as falas, por meio das quais os pacientes expressaram sentimentos e discorrem sobre uma problemática em particular.

**Figura 01** - Percepção da vítima de TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa. Aracaju/SE, 2016.



Quando uma pessoa com TCE é admitida numa unidade hospitalar, todos os cuidados são direcionados para a evolução do quadro clínico. Passada a fase aguda, com o paciente mais estável hemodinamicamente, assume-se uma perspectiva de alta hospitalar. Numa análise geral preliminar, depreende-se que essa perspectiva de alta revela reações que os pacientes ratificaram ao explicar o porquê escolheram as figuras da colagem. Tais percepções e os sentidos atribuídos pelos pacientes apontaram seis categorias, a saber: em relação à família; em relação à percepção corporal; em relação à experiência hospitalar; em relação à mudança de vida; em relação à equipe de saúde; e em relação ao governo.

### a) Em relação à família

A família desempenha um importante papel no processo do cuidado ao paciente. A recuperação de uma pessoa com TCE pode ser um processo longo e, em muitos casos, gradual e lento. Quando se elucida a percepção dessa vítima no contexto de hospitalização, encontram-se referências direcionadas ao cuidador familiar<sup>69</sup>. E mesmo na ótica da vítima, sobressaem as considerações sobre a família como a atingida de forma direta e indireta, pois a mesma é vista como uma unidade funcional<sup>36,68,70,72-73,75,81,89-90,125</sup>. Algumas falas explicitaram a importância da família no decurso dos cuidados, seja no ambiente hospitalar, seja em casa.

*“(...) comecei a me agarrar e querer ficar junto com todos meus amigos e [com] o grupo da igreja (...) e fiquei doído para ver todo mundo; dá uma alegria de estar junto com todos” (P01-m).*

*“Tempo de paz! Eu até gritei quando ele [o médico] disse assim: ‘está de alta’. Queria voltar para casa, para a família” (P04-f).*

*“(...) queria voltar para minha família, só isso” (P06-m).*

*“Aqui é a família, que foi a benção durante todo o meu processo no hospital, que me deu apoio...” (P08-m).*

*“Esse aqui lembra minhas meninas e a alegria de retornar para a família” (P09-m).*

Percebe-se pelas falas que a família é vista como unidade funcional, e é nessa representação da família e de seus valores que se tem o suporte entre os membros<sup>36</sup>. O ponto de partida é a família, o espaço privado das relações de intimidade e afeto, em que, geralmente, pode-se encontrar alguma compreensão e refúgio, apesar dos conflitos. É na família que se aprende a obedecer as regras de convivência, a lidar com a diferença e com a diversidade<sup>126</sup>.

Freud estuda família desde suas primeiras publicações em forma de cartas dirigidas à Fliess, datadas, principalmente, do ano de 1894. Nelas, ele demonstra interpretações dos casos em ambiente familiar, o surgimento das neuroses,

angústias, depressão, melancolia dentre outros<sup>127</sup>. É de Freud, também, a descoberta do complexo de Édipo e todo entrelaçamento entre pais e filhos com suas consequências.

Freud trabalha a noção de família em dois momentos. Primeiro, a família primeva, sem lei, dominada por um pai terrível e violento. Podemos encontrar tal construção em seus textos: “Totem e Tabu” (1912-1913/1980), “O futuro de uma ilusão” (1927/1980) e “Moisés e o Monoteísmo” (1939/1980). Posteriormente, ele enfocará a família edípica em seus textos sobre complexo de Édipo, a saber: “Três ensaios da teoria da sexualidade” (1905/1980), “Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna” (1923/1980), “Romances familiares” (1908/1909/1980), “Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância” (1910/1980), “Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens” (1910/1980), “A organização genital infantil” (1923/1980), “A dissolução do complexo de Édipo” (1924/1980), “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925/1980)<sup>108</sup> (p.20).

Além disso, desde o nascimento estamos sujeitos às relações que foram estabelecidas antes de nós e que existem e se estruturam durante nossa vida. Fica evidente, na percepção dos pacientes, que essa família não está relacionada apenas a castas de aspecto biológico, remontando à “família primeva” de Freud. Ao contrário, corresponde a todos aqueles sujeitos que demonstram algum tipo de vínculo e afeto recíproco, configurando a representação da família edípica de Freud, o que, num contexto maior, remete ao processo de socialização envolvendo o convívio com a comunidade (escola, igreja, trabalho, festas e outros meios sociais).

Ademais, a forma altruísta do cuidador da vítima de TCE demonstra como o paciente utiliza a família sob a forma de refúgio, alicerce no seu processo de adoecer e reabilitação. Isso também é observado em outros estudos que exploram o lado do cuidador familiar no convívio com a vítima de TCE<sup>1,6,68,72,73,75,81,89,90,96,101</sup>.

## **b) Em relação à percepção corporal**

A imagem corporal é a representação mental do corpo. É particular e individual, pois se baseia na realidade construída a partir da personalidade do próprio sujeito e das experiências desse nas relações sociais de convivência. As experiências corporais são perceptíveis pelos comportamentos, crenças e sentimentos, influenciados positiva ou negativamente.

Essas percepções corporais foram apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, os quais utilizam a imagem corporal como relevância social para sua formação. De modo paralelo, pode-se admitir que o trauma repercute na percepção corporal do sujeito, fato demonstrado em algumas das falas:

*“(...) tenho uma cicatriz na perna e [outra] na cabeça. Eu não sei se vai ficar [a marca]; eu creio que não ficará nada nas pernas” (P04-f).*

*“Beleza é fundamental. Eu considero! A modelo usa o corpo para ganhar o dinheiro; caminha bem, sabe usar o que tem” (P08-m).*

O conceito de beleza vem se modificando por meio dos tempos. Antes era fato intensificado na mulher; hoje, a realidade perpassa o gênero, idade e condição social. A imagem corporal é, hoje, um tema em evidência e pode ser definida como uma construção multidimensional da estrutura corporal e da aparência física, em relação aos outros e nós mesmos<sup>128-130</sup>.

A mudança da imagem ou da percepção corporal afeta não somente o físico e fisiológico, mas, também, o emocional. Na obra freudiana “Sobre o narcisismo: uma introdução”, datada de 1914, é remontando o conceito do ‘eu ideal’ e ‘ideal do eu’.

O eu ideal, “possuído de toda perfeição de valor”, é aquilo em direção a que surge o narcisismo do sujeito. Em outras palavras, parece-nos que o eu se constitui como tal tendo em face esta imagem de perfeição e completude, fruto, adverte-nos Freud, do próprio narcisismo dos pais. O ideal do eu, em contrapartida, seria uma nova forma de ideal, já atravessada pelos valores culturais, morais e críticos, forma através da qual o sujeito procura recuperar a perfeição narcísica de que teria outrora desfrutado. O ideal do eu seria, assim, o que o sujeito projeta diante de si como sendo seu ideal. Ao mesmo tempo, Freud refere-se à formação do ideal como o fator condicionante do recalque<sup>131</sup> (p.41).

Assim, o trauma pode afetar diversas partes do corpo e suas sequelas diferem pela experiência de cada pessoa, pelo enfoque na adaptação física após o trauma e pelas questões emocionais. Nos resultados foram identificados os sentidos de experiência que atribuem à percepção negativa da imagem corporal e das limitações da mobilidade.

Tomada pelo processo do acidente, pela fragilidade frente à nova realidade e pelo acompanhamento com o método terapêutico de abordagem grupal, os

sujeitos percebem a importância de se adequar à nova condição física, assimilam novos conceitos de vida e reveem seus valores. Tal fato pode ser evidenciado na fala a seguir:

*“(...) antes [se] eu cortava o cabelo um pouco demais, eu chorava... para ir pra um lugar e desse algo errado, ou que eu não gostasse, acabou a festa pra mim. (...) Hoje eu não vou mais chorar pelo que antes eu chorava; eu vejo que posso viver bem com bem menos” (P04-f).*

### **c) Em relação à experiência hospitalar**

O processo de hospitalização é experienciado como momento difícil para o paciente e para o familiar. A perda da saúde, o ambiente desconhecido, a falta dos seus parentes e amigos, a dor, o sofrimento, os ruídos, a perda da autonomia, os sons descontínuos, os vários exames, entre outros, contribuem para muitas reações negativas à experiência do período de hospitalização.

*“Quase morro. Mas sou muito teimosa. Fiquei com a cara roxa, um lado do rosto paralisado, mas sorrindo o tempo inteiro” (P03-f).*

*“(...) depois da cirurgia eu tomei um remédio que fiquei todo inchado e fiquei internado mais sete dias (...) quando voltei para o hospital pensando ser algo mais grave, o médico disse que era alergia ao medicamento, então tive que tomar 3 remédios para substituir esse...” (P05-m).*

No entanto, observa-se que, no âmbito hospitalar, o tempo de internação admite novos contatos sociais, novas formas de trocar experiência e criar vínculos afetivos com desconhecidos. Isso é transformado em zona de conforto, o que facilita a passagem dessa etapa de vida.

*“Praticamente nasci e cresci junto com eles [demais pacientes]. [Quando recebi alta hospitalar,] queria estar juntos com eles, de mãos dadas com todos os amigos, abraçando” (P01-m).*

As lembranças dos pacientes de TCE durante o período de internação também foram aspectos mencionados.

*“Eu andava. Ficava conversando, mas eu não lembro assim de tudo. Também não esqueci de tudo” (P07-f).*

Um estudo<sup>132</sup> demonstrou que os pacientes conseguiram recordar o evento traumático, bem como também se referiram a momentos de inconsciência e de esquecimento do fato, mesmo após acordar e estar internado.

Além disso, segundo as falas dos indivíduos da pesquisa, as lembranças do período de internação estabeleceram condições que ultrapassaram os momentos de sofrimento e angústias consigo mesmo. O sentimento mais declarado é do “nascer de novo”.

*“Aqui eu tava ressuscitando minha vida. Assim eu morri e vivi (...) Eu tava lá, tava ruim, queria porque queria sair. Não é à toa que tive que ficar amarrado. Eu queria voltar para casa, eu não tava em condições...” (P08-m).*

*“[Eu] nasci de novo, pelas angústias que passei. Eu sou um lutador, sou um vencedor...” (P06-m).*

*“(...) depois do acidente fui pra casa, passei 10 dias até minha família me levar pro hospital e lá fiquei um mês na UTI. Tive pra morrer. Deus me salvou...” (P10-f).*

No livro “O futuro de uma ilusão”<sup>133</sup>, Freud coloca os fatores puramente pessoais da atitude para com a vida.

(...) em geral, as pessoas experimentam seu presente de forma ingênua, por assim dizer, sem serem capazes de fazer uma estimativa sobre o seu conteúdo; têm primeiro de se colocar a certas distâncias dele: isto é, o presente tem de se tornar o passado para que possa produzir pontos de observação a partir dos quais elas julguem o futuro<sup>133</sup> (p.15).

A hospitalização significa uma mudança radical na rotina, provoca medos e inseguranças<sup>74</sup>. Nesse momento, a reflexão sobre a vida adquire mudanças no comportamento e atitude e esse fato psicológico tem importância decisiva para fornecer-lhes uma compensação<sup>68</sup>.

#### **d) Em relação à mudança de vida**

As mudanças que acometem a vítima de TCE alteram o comportamento dos mesmos, pelas limitações impostas, pela esperança de continuidade de vida. É a percepção de uma “nova chance”, como demonstradas nas seguintes falas:

*“E meu outro sonho era quando saísse de alta para casar. Assim que acordei e abri os olhos vi o doutor e ele disse: ‘Ei, rapaz, está tudo bom aí?’. Eu disse: ‘doutor eu to querendo casar, eu quero trabalhar para poder casar. Eu quero ir logo para casa’” (P01-m).*

*“(...) então, acho que é assim, mudou a maturidade (...) Eu vou ter que voltar a caminhar, dependo de todo mundo para tudo. Acho que vou conviver melhor com isso” (P04-f).*

*“Eu não tenho paciência. Não consigo trabalhar...” (P10-f).*

Um dado importante é a sinalização de que o trauma, quando não é fatal, transforma a vítima que requer cuidados especializados e custos altos. Grande parte dos pacientes permanece em programas de reabilitação por apresentar deficiências e incapacidades que são temporárias ou permanentes, com conseqüente problema na economia familiar<sup>4,21,72,75,83,134</sup>.

Fica evidente, nos achados, que o trauma provocou mudanças na vida dos pacientes, seja para melhoria ou piora da qualidade de vida, ou no crescimento emocional. É na obra intitulada “O futuro de uma ilusão”, que Freud trabalha as profundas transformações da civilização e salienta que a humanidade é capaz de modificar seu futuro por meio das experiências e conhecimentos adquiridos<sup>133</sup>.

Entretanto, quanto menos um homem conhece a respeito do passado e do presente, mais inseguro terá de mostrar-se seu juízo sobre o futuro. E há ainda uma outra dificuldade: a de que precisamente num juízo desse tipo as expectativas subjetivas do indivíduo desempenham um papel difícil de avaliar, mostrando ser dependentes de fatores puramente pessoais de sua própria experiência, do maior ou menor otimismo de sua atitude para com a vida, tal como lhe foi ditada por seu temperamento ou por seu sucesso ou fracasso<sup>133</sup> (p.15).

#### **e) Em relação à equipe de saúde**

No ambiente hospitalar, a equipe de saúde interage como um último recurso para o alívio dos sintomas, como um complemento da família. A presença da equipe de saúde é um fortalecimento da melhora de sua situação e recuperação. A identificação por parte da família com apoio, aconselhamento e ajuda profissional, são necessidades mais relevantes para os pacientes e também para o familiar<sup>86</sup>.

*“Quando eu recebi alta, eu levantei e disse ‘ai doutor me dê um abraço’ lá no meio dos amigos” (P01-m).*

*“Primeiramente temos que agradecer a Deus. Depois aos médicos que salvou a minha vida” (P08-m).*

O simbolismo de muitos pacientes a respeito do médico é comum e, às vezes, a simples visita traz melhoras para o doente. Na rotina hospitalar várias alterações são impostas ao paciente, independente de sua vontade; é nesse momento que a equipe de saúde direciona suas ações e o médico se torna o grande responsável<sup>135</sup>. Nesse sentido, observa-se que a confiança e segurança corroboram com os achados desses autores<sup>135</sup>.

Na psicanálise, o processo do adoecer é favorável à relação transferencial, quando o paciente passa a se interessar por tudo relacionado ao médico, atribuindo, por vezes, muita importância e sendo um alicerce para desviar de sua própria doença. “Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos”<sup>136</sup> (p.443).

A transferência não é um conceito puramente psicanalítico, porém é na inovação freudiana - na distinção das outras psicoterapias – a utilização desse método como instrumento da cura no processo de tratamento<sup>111</sup>.

#### **f) Em relação ao governo**

Verifica-se que a responsabilidade do governo não se restringe apenas ao atendimento de resgate do ato violento e ao tempo de internação. Para muitos pacientes, a responsabilidade não encerra no atendimento em si; o desafio é adquirir o meio de reparação do dano sofrido por meio da aposentadoria. Superar o

tratamento de TCE pode levar muito tempo ou mesmo permanecer pelo resto da vida. Assim, deve-se entender que existem condições legalizadas para se obter a aposentadoria por invalidez.

*“Espero que [a então presidente] mude o Brasil para melhor; pelo menos [em termos de] segurança. [Pois] Eu ‘tô’ aqui por injustiça de um delinquente que usou as coisas que não se deve usar e cismou comigo e soltou o cacete...” (P08-m).*

*“Ela [a presidente] vai colocar a gente diante das coisas inalcançáveis: aposentadoria com fé em Deus! Eu não estou podendo exercer a função que antes eu conseguia com 30 [anos] Já estou com 47!” (P08-m).*

A aposentadoria por invalidez é um benefício previdenciário devido ao segurado que é totalmente incapaz para o trabalho, sem a possibilidade de reabilitação profissional que lhe garanta a sobrevivência. Sua concessão depende de carência, salvos em casos específicos descritos em lei<sup>137</sup>.

A visão da aposentadoria também se justifica pelo fato de o trabalho constituir a forma de construção da sociedade. Após a Revolução Industrial surgiu a sociedade capitalista moderna, que traz o trabalho como um processo para a felicidade. “O que pedem eles da vida e o que desejam realizar?”<sup>133</sup> (p.84). Assim, nossas possibilidades de felicidade são regidas pelo princípio do prazer que domina o funcionamento do aparelho psíquico.

Esforçam-se para obter a felicidade; querem ser felizes e assim permanecer. Essa empresa apresenta dois aspectos: uma meta positiva e uma meta negativa. Por um lado, visa a uma ausência de sofrimento e de desprazer; por outro, à experiência de intensos sentimentos de prazer. Em seu sentido mais restrito, a palavra ‘felicidade’ só se relaciona a esses últimos<sup>133</sup> (p.84).

Foi observado que o aparelho mental admite outras influências. “Assim como a satisfação do instinto equivale para nós à felicidade, assim também um grave sofrimento surge em nós, caso o mundo externo nos deixe definhar, caso se recuse a satisfazer nossas necessidades”<sup>133</sup> (p.86). É por meio do trabalho que o indivíduo se sente valorizado e reconhecido, constrói e reforça sua identidade pessoal e

social. Uma vez afetado por alguma intercorrência, esse processo no sujeito é posto em xeque.

### 5.2.2 Percepção de familiares de vítimas com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa

O segundo tema parte das informações coletadas e analisadas para a categoria “**Percepção de familiares de vítimas com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa**”. A partir desses subsídios, delinearam-se as categorias que seguem, com núcleos de sentidos demonstrados em falas, por meio das quais os familiares exprimiram seus sentimentos representados em recortes de imagens de revistas (Figura 02), acerca da problemática tema.

**Figura 02** - Percepção de familiares de vítimas com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa. Aracaju/SE, 2016.



A simbologia das imagens, associadas às respectivas falas explicativas, manifesta sentimentos atribuídos pelos familiares que foram apresentados em quatro subcategorias, a saber: em relação à hospitalização; em relação à alta; em relação a voltar para casa; em relação à fé.

### a) Em relação à hospitalização

A ocorrência de um evento traumático e a necessidade de cuidados hospitalares geram na família um movimento organizacional que reflete na atenção direcionada aos cuidados com a vítima. Nesse sentido, afetividade e obrigação são requisitos para os familiares acompanharem os pacientes no processo de hospitalização. Por outro lado, evidencia-se um sentimento ambíguo de compaixão e gratificação<sup>82</sup> e, nesses termos, a família passa a ter importância decisiva nessa fase crítica da vida<sup>68</sup>.

Essa afetividade em acompanhar seu familiar esteve presente nos relatos dos participantes, como evidenciado nas falas que seguem:

*“(...) no momento que fui vê-lo eu não sabia se ele estava vivo ou morto, e as pessoas diziam: ‘calma que seu filho tá vivo’(...). E quando ele acordou, ele virou uma criança. (...) Tinha uma senhora que me pediu ajuda para trocar o outro [paciente]; quando eu ia ajudar, ele sentia ciúmes, sempre sente ciúmes; ele dizia: ‘não é pra sair de perto de mim; fique aqui, porque aqui é o seu lugar!’ Eu dizia: ‘rapaz, não é assim não...’ ” (F01-f).*

*“(...) a mulher estava grávida. Foi muito difícil (...) eu dedico minha vida para ajudar as pessoas que precisa e no momento que ele se acidentou eu esqueci do meu esposo, esqueci os meus filhos e me dedico a cuidar dele...” (F09-f).*

A tradução dessas falas encontra respaldo nos achados dos autores<sup>69</sup> que enfatizam que os cuidadores revelaram certa forma de prazer e sentimento de perseverança quando desempenhavam esse papel de cuidador. Nesse sentido, demonstra-se claramente que o TCE não afeta apenas o sujeito vitimado, mas também a família<sup>2,29,68-69,75,80,85,138</sup>. Sendo assim, no contexto familiar, aprender novas habilidades para lidar com o paciente acometido de TCE faz com que a família se depare com problemas emocionais.

Por outro lado, a obrigação de acompanhar o familiar hospitalizado, não é tarefa fácil e nem todos os membros da família estão preparados para enfrentá-la, principalmente nos casos de vítimas de TCE, já que a família é atingida de forma direta e indireta, tendo em vista que a doença neurocirúrgica surgiu de maneira

súbita, surpreendendo ambos, paciente e família<sup>69</sup>. As facetas conturbadas dessa obrigação podem ser observadas nas falas dos familiares, como seguem:

*“(...) e foi uma luta grande. (...) ninguém dorme. Quando eu sentava ou quando eu queria caminhar para disfarçar o sono, ele queria que eu tivesse perto dele e o cuidado era de criança mesmo ... ” (F01-f).*

*“(...) quem ficou com ela no tempo do acidente foi meu irmão. Ele que conviveu com ela. Eu só acompanho ela para vim aqui. Eu só fui pro hospital com ela e aqui... ” (F03-f).*

*“(...) quando saiu da UTI e foi para enfermaria, eu cochilava numa cadeira porque eu não dormia. Eu cochilava...” (F08-f).*

Diante disso, subentende-se que a experiência do processo de adoecer para esses familiares acarretou em desgastes físicos e emocionais, os quais demonstraram que, durante a permanência no hospital, a falta de estrutura da instituição em oferecer acomodações para melhor adequação desses familiares como acompanhantes gera tais desgastes<sup>33,72-73,75,81,89-90,125</sup>. Nesses termos, o prolongamento da hospitalização geralmente incute como consequência a sobrecarga do acompanhamento<sup>82</sup>.

## **b) Em relação à alta**

O momento da alta hospitalar corresponde a sentimentos de alegria, alívio pela recuperação, retorno ao lar e ao convívio com os familiares.

*“(...) não preciso nem dizer, né [que estou feliz pela alta hospitalar de meu filho]...” (F01-f).*

*“(...) quando deu alta eu me senti alegre, livre. Tinha que sair dali, que estava livre que agora íamos pra casa...” (F08-f).*

*“(...) no dia que soube que ele ia sair do hospital eu só fazia sair na rua gritando. Eu fiquei assim parecendo uma doida e gritava (que ele) saiu*

*do hospital, ele tá de alta... eu não conseguia dormir, só pulando. Todo o povo que eu via abraçava e beijava mas a alegria era vê-lo voltar...” (F09-f).*

Percebe-se nas falas dos sujeitos o alívio e alegria ao receber a alta hospitalar e retornar para casa. No entanto, esse retorno deve ser seguido por um planejamento de ‘planos de cuidados’, apesar de, na prática, não se observar essa atividade como algo essencial na promoção do acolhimento ao paciente de TCE.

Nos resultados deste estudo, não ficou evidenciado nas falas dos familiares a percepção sobre a necessidade de um planejamento para a alta hospitalar e para os cuidados posteriores com os pacientes. Talvez essa não percepção esteja relacionada à sobreposição dos sentimentos de alívio e felicidade em detrimento do que está por vir, fato que pode ser representado pela fala de um familiar ao reportar o momento da alta ao sentimento de *“sensação de um peso que tirou das minhas costas...”* (F08-f).

### **c) Em relação ao retorno para casa**

Ainda que o período de hospitalização seja estressante para a família, o retorno do doente para casa também gera angústia e ansiedade. A família é fonte de apoio fundamental nesse período, mas tende a desenvolver sentimentos que podem variar de frustração a impotência<sup>1,68,73,75,81,89-90</sup>.

*“(...) quando chegou em casa foi tratado como uma criança. Foi uma luta pela recuperação dele, porque ele sempre dizia que tava morrendo, sentia que estava chegando o dia dele...” (F01-f).*

Após a alta, os pacientes com TCE continuam com necessidades de cuidados especiais para promover sua reabilitação. A presença da família nesse processo dará suporte e apoio emocional e, na maioria das vezes, assume o papel de continuidade da assistência<sup>68,85-86</sup>.

*“Aqui coloquei a família porque assim que ela chegou (choro) as amigas, as irmãs dela (choro) eu só me perguntava: como vai ser? O que eu posso fazer por você?” (F04-f).*

O apoio dos amigos em momentos de doença e sofrimento ajuda a diminuir o sentimento de desamparo no familiar<sup>82</sup>, como pode ser percebido na fala:

*“(...) a dor era muito grande, porque trabalhava com uma senhora de 94 anos, cansada do dia-a-dia, o estresse também, noites sem dormir...” (F08-f).*

Por outro lado, assumir o papel de cuidador provoca consequências adversas na pessoa que o faz. A negatividade vivenciada pelo familiar em decorrência dos cuidados com o paciente de TCE evidenciam sentimentos de culpa, raiva e depressão<sup>1,72,73,80-81,89-90,139</sup>.

Ao chegar em casa, *“a família percebe que a realização do cuidado é mais complexa do que se imagina<sup>85</sup>”* (p.143). Além disso, entende que *“cuidar não é tarefa fácil”*, e *“exige uma mudança radical na vida de quem cuida<sup>28</sup>”* (p.344). Com base nos depoimentos obtidos a partir deste estudo, ficou evidenciado o momento em que a família se expõe à realidade de suas limitações.

*“(...) sei que a luta do dia a dia aumentou...” (F07-f).*

*“Eu me senti com dois lados: ter que visitar, cuidar e trabalhar. Eu me sentia assim (...) foi uma luta, luta grande ...” (F08-f).*

*“Então quando a gente vê um acidente se põe no lugar da família, não é fácil porque fica a família sem apoio. Uma família que precisa de apoio precisa de alguém que esteja ali muito fiel, muito devoto.” (F09-f).*

No contexto familiar essas mudanças podem provocar aumento significativo nos conflitos familiares devido, em especial, ao fato de as vítimas de TCE poderem apresentar incapacidades funcionais e comportamentais. Outro fator que vale destacar refere-se à questão econômica: a maioria das vítimas é provedora do lar e se encontra afastada dos serviços laborais devido ao TCE, e até o final da coleta de dados não havia retornado às atividades laborais. Portanto, ocorrem alterações nos papéis sociais dos familiares diante do cuidado à vítima de TCE<sup>72-73,80-81,83</sup>.

#### **d) Em relação à fé**

Esta categoria abrange o significado da religião como um poder superior, cuja importância revela a segurança que proporciona força e esperanças ao familiar<sup>82,140</sup>. Com isso, percebe-se que algumas pessoas têm a habilidade de encontrar aceitação que traga sentido à vida e promova alívio ao sofrimento; ou seja, é como se, pela fé, ela alcançasse dentro de si uma força grande que é capaz de resolver muitas situações da vida. Nesse sentido é que se afirma que as crenças religiosas e espirituais proporcionam possibilidades de respostas aos dramas existenciais de doenças e da morte<sup>88</sup>.

Os familiares atribuem a Deus a resolução dos problemas de saúde e recorrem ao ‘Senhor Salvador’ como o recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-lo<sup>87</sup>. Essa apologia ao divino também foi demonstrada nas falas dos participantes deste estudo:

*“(...) eu dizia: ‘meu Senhor, e agora o que eu faço’?...” (F01-f).*

*“(...) com fé em Deus, a gente pede sempre a Deus para não cair. Eu tinha fé dele chegar em casa, porque sem a fé em Deus não dá certo!” (F06-f).*

*“(...) pedir a Deus, se agarrar no nome de Deus, era isso que eu sentia...” (F08-f).*

*“(...) digo todo dia que ali foi milagre, porque quem viu pelo que ele passou para ver hoje [que ele está bem]...” (F09-f).*

A fé é a forma mais utilizada como conforto e consolo para superar os eventos conflitantes na relação familiar; em ampla análise, é o enfrentamento pela cultura de atribuir a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde. Acessar as crenças religiosas e espirituais proporciona significados às respostas da doença e à possibilidade de morte para os familiares<sup>6,82,87-88</sup>.

A presença da família durante o adoecer revela os vínculos afetivos existentes, como os valores sociais e religiosos<sup>85</sup> e a busca de recursos espirituais para compreender o processo de doença torna a religiosidade o conforto para as famílias<sup>88</sup>.

### 5.2.3 O ciclo vital e os desafios no TCE

A terceira temática analisada, **o ciclo vital familiar e os desafios no TCE**, foi norteadada pelas falas dos cuidadores familiares e vítimas de TCE ao se considerar que o impacto do TCE não traz consequência apenas para pessoa que sofreu o trauma; mas também à família.

O grupo terapia destaca-se por sua funcionalidade em ajudar o indivíduo a lidar com o enfrentamento das situações do dia-a-dia na convivência com o familiar após o TCE e, em especial, suas alterações de comportamento. Observou-se nos núcleos de sentido como o familiar conduz os conflitos existenciais que se apresenta no convívio diário.

Vale ressaltar que a dinâmica estabelecida foi da associação livre. A utilização dessa dinâmica provoca a catarse - liberação de emoções, sentimentos e tensões reprimidas por meio da fala. A partir das respostas para a pergunta norteadora “como vocês estão enfrentando a nova realidade?”, foi definido o tema **‘conflitos emocionais no ciclo de vida familiar’**. As categorias apresentadas foram: a) ciclo de prevenir a recidiva; b) ciclo do recalque; c) ciclo da resiliência; d) ciclo dos desafios familiares; e) ciclo da amizade, apresentadas nos núcleos de sentidos que seguem.

#### **a) Ciclo de prevenir à recidiva**

O impacto que o trauma causa na família e sua relevância no cuidado e no modo de enfrentamento são fatores que alteram o emocional e a qualidade de vida. O aspecto psicológico do TCE, na recuperação do paciente, pode provocar as recidivas que exercem forte impacto na vivência do familiar sobre o tratamento e prognóstico<sup>72-73,81</sup>. Isso pode ser observado nas falas que seguem:

*“Antes, a gente dizia: as coisas são assim! Hoje, a gente tem que explicar detalhado. Também tem que explicar como está o tratamento dele, que tem coisas que ele ainda não pode” (F01-f).*

*“Minha irmã sempre tinha [um comportamento ansioso], sempre foi inquieta. Passei por uma com ela também que, meu Deus, quem precisa de psicólogo sou eu” (F03-f).*

*“Os dias que vim pro hospital, ele me tratou mal. Eu compreendi e esperei chegar em casa e melhorar, mas parece que piorou” (F05-f).*

*“Relevo muitas coisas dele, muitas coisas fico calada” (F06-f).*

*“Quando cheguei em casa, a irmã dele me disse que ele discutiu com o pai e disse que pegou um litro de álcool para tocar fogo em tudo. Foi que eu cheguei calma, tranquila, fui lá... Conversei com ele bastante, ele disse: ‘pronto eu não vou fazer mais’” (F08-f).*

*“Pra gente, família é muito complicado; e pra mim, [...] que sou muito apegada a ele, com o choque eu não conseguia dormir” (F09-f).*

*“O tempo todo eu sinto isso [estresse]. Respiro fundo para não colocar para fora quando faço algo e ela me responde com agressividade. [...] Paciência! É ter paciência, muita! Tem dias que ela não está bem. Isso me afeta de humor, em tudo, pois, quando ela tá mal, me afeta também” (F10-f).*

O ciclo de vida envolve variadas etapas com as quais a família convive nas diversas configurações como: idade, gênero, economia domiciliar, tempo de união, constituição familiar, dentre outros. Considera que famílias são constituídas por diferentes ângulos que permitem uma visão geral e focal dos desafios específicos no ciclo vital familiar.

Observa-se nos núcleos de sentido que a família utiliza de esquemas que proporcionam a interação dos mundos de linguagem no curso desenvolvimental esperado da doença. Percebeu-se nas falas que a família se esforça para manter uma rotina habitual; contudo, as alterações de períodos instáveis evidenciam tensões e riscos de exaustão. Aqui está em jogo a flexibilidade e criatividade da família, em termos de organização interna de papéis e da disposição para utilizar recursos externos<sup>141</sup>.

Pacientes com TCE requerem cuidados contínuos e a família deve estar pronta a restabelecer a estrutura<sup>73,81,90,142</sup>, entretanto, a tensão sobre o sistema familiar é uma contínua incerteza e um grande fator de estresse ao cuidador no equilíbrio do lar. Essa categoria revela que as famílias são capazes de tolerar estados afetivos tensos significativos e compartilham, entre si, para proporcionar esclarecimento entre o comportamento e o ciclo de vida da doença.

As relações produtoras de estresse resultam em sintomas de saúde física ou mental negativos para o cuidador, e cada fase só pode ser ultrapassada, de forma individual ou em grupo da família, a depender de como adaptável é esse apoio e fortalecimento do momento de crise<sup>81,90,105,143</sup>.

## **b) Ciclo do recalque**

A realidade interna de cada pessoa está intimamente relacionada com o processo de sentimentos, afetos, relações e recordações. Muitas vezes a família não sabe lidar com essas emoções, o que pode conduzir a erros de julgamento na comunicação e, assim, adotar um comportamento de repulsa ou culpa<sup>84,86,89</sup>. Tais comportamentos são claramente observados nas falas de alguns familiares:

*“(...) eu em casa cuidando de tudo para manter as contas e as coisas e ele dando em cima das enfermeiras” (F05-f).*

*“Tá sendo difícil, muito difícil conviver com ele. Tem horas que ele tá um doce de pessoa; tem horas que ele tá ruim, agressivo comigo e eu tenho horas que dá vontade de matar ele” (F08-f).*

Para os pacientes esse recalque pode provocar isolamento ou regressão para estágios da vida que necessita de cuidados básicos, como pode ser observado:

*“(...) quando cheguei em casa fiquei calado, não conhecia minha filha. Fiquei mais calado ainda, já era e piorei ” (P09-m).*

*“Eu ficava pedindo para ela [mãe] ficar me alimentando na boca fazendo besourinho (...) estava com medo de morrer” (P01-m).*

Observamos nas falas dos sujeitos que o recalque é um poderoso mecanismo inconsciente de defesa utilizado em momentos de grande angústia. Tal mecanismo pretende desviar o afeto do ego, a fim de evitar que o sentimento ameaçador venha à consciência<sup>111</sup>.

Cumprir a função de cuidador não é tarefa fácil, estudos com familiares de pessoas com TCE revelam que os cuidadores vivenciam perdas que culminaram em ansiedade, depressão, raiva, distúrbio do humor, agressão, impaciência, impulsividade, isolamento entre outros, que desencadearam voluntária ou involuntariamente, comportamentos de agressão ou isolamento<sup>1-2,6,28,73,75,81-82,85,90,142</sup>.

Reprimir os sentimentos pode aumentar substancialmente os níveis estressores o que pode contribuir para outras doenças como a hipertensão. Os cuidadores familiares do gênero feminino enfrentam maior risco de hipertensão, fato esse que pode ser explicado pela dupla jornada de trabalho e a prestação de cuidado<sup>81,90,144</sup>.

Um estudo<sup>6</sup> sobre as necessidades dos familiares após o TCE, demonstrou uma maior incidência em “suporte profissional” nas necessidades “não atendidas” e demanda de “informação” como as mais importantes. Apoiar a família no processo do TCE facilita e ajuda a encontrar a forma mais adequada de enfrentar cada situação em particular, possibilita identificar os condicionantes e, assim, entender as complexas dificuldades do TCE. Entender as respostas fisiológicas do trauma, de qualquer natureza, pode ajudar os indivíduos a desenvolver estratégias de enfrentamento<sup>145</sup>. Além disso, as tensões oriundas dos cuidados a vítima de TCE provocam no cuidador distúrbios na saúde social, emocional, física e cognitiva<sup>81</sup>.

### **c) Ciclo de resiliência**

A maioria dos indivíduos que sobrevivem ao TCE e retornam a sua vida domiciliar sentem o abalo dessa nova realidade. Essa reação é baseada em vários fatores: experiências traumáticas anteriores, estressores da vida atual, apoio social, atitude religiosa, cronicidade do trauma, idade, gênero e força do ego<sup>145</sup>. O trauma também é subjetivo e refere-se não apenas ao impacto recebido, mas a todo o meio inserido. Tais aspectos podem ser evidenciados nas falas dos participantes:

*“Quando eu ia ajudar [outra pessoa], ele sentia ciúmes. Sempre sente ciúmes. É uma criança e eu dizia: o que é que você tem? Ele dizia: ‘não é para sair de perto de mim; fique aqui porque aqui é o seu lugar’” (F01-f).*

*“Eu digo [que] essas dores que você sente deve ser mais psicológica. Quando ela disse que sai para algum lugar, ela não sente dor. Festas, bares, assim ela não tem dor! Quando está na rua, ela não tem dor” (F03-f).*

*“Tem dias que está bem; outros não. Eu me acabo na tristeza quando vejo que não posso fazer mais nada” (F04-f).*

*“Eu baixo o som e só vou sair com você” (F06-f).*

A presença da família no adoecimento contribui para a recuperação da vítima com apoio emocional. Os cuidadores familiares assumem o papel de promoção da saúde; assim, revela-se que os vínculos afetivos, sociais e religiosos despertam responsabilidades e compromissos. O fenômeno da resiliência sugere a adaptação positiva, frente à adversidade do comportamento apresentado e os constantes conflitos enfrentados. Nesse sentido, existem muitas maneiras de desenvolver a resiliência, e ela pode desenvolver-se em qualquer fase do ciclo da vida e pode mudar em função da individualidade, familiar e contexto<sup>146</sup>. Essa resiliência é mencionada por um dos familiares:

*“[Tenho que] Buscar força e encorajamento, porque esta difícil aguentar esse homem” (F05-f).*

*“Estamos há 27 anos juntos, ela é praticamente uma mãe pra mim, meu braço direito (...) ela sofreu muito! Dei muito trabalho. Ela era muito forte e agora está assim: carne e osso (...) digo que daqui pra frente é só felicidade” (P08-m).*

A noção de resiliência familiar é apresentada como a capacidade de desconstruir e construir o laço familiar advindos das crises e a psicopatologia mobilizada pelo trauma e violência afetam a vida psíquica, afetiva e social<sup>147</sup>.

*“Meus planos é de fazer na igreja [casamento] chegar aos pés do padre, falar a verdade, pedi perdão pelos 27 anos não oficializados, mas deixa passar a tempestade para oficializar ” (P08-m).*

Os sintomas físicos e as doenças influenciam o estado emocional da família, e a disfunção nas relações familiares ocasiona estresse e até doenças físicas em outros membros, independente do ciclo de vida e dos desafios que enfrentam<sup>27</sup>.

O que se pode observar nos núcleos dos sentidos encontrados são as formas adaptativas que cada um atribui para não entrar ou fugir de um conflito.

*“Tem horas que eu paro, respiro e penso. Aí saio e deixo ele lá; e vou caminhar, esfriar a cabeça. Depois volto” (F08-f).*

*“Ela liga o som alto e dói na minha cabeça. Ai brigo com ela e ela comigo. Fico irritado e saio e vou beber. Ai quando eu volto ela fica irritada porque sai” (P06-m).*

*“Quando está assim [agressiva], antes eu respondia e as duas brigavam; hoje eu saio e deixo ela pra lá. Toda vez que ela está estressada, eu fico quieta, eu saio de perto” (F10-f).*

Para os sujeitos, as estratégias apresentadas servem, apesar de momentâneas, como reguladoras de uma situação conflitante, estressante e para manter o bem-estar. A maioria resolve abster-se de encarar a situação e reprimem o sentimento. Os recursos utilizados podem proteger os doentes naquela situação, porém não demonstra favorável a adaptação positiva. Os comportamentos tendem a modificar ao longo da vida e a maneira de se adequar ao equilíbrio emocional seria atingir recursos internos como autoestima, otimismo e busca de apoio emocional.

#### **d) Ciclo dos desafios familiares**

Quando se observa a família que apresenta recursos positivos próprios, verifica-se que ela pode levar o processo do adoecer de modo saudável, ou seja, de outra forma<sup>148</sup>. As falas apresentadas evidenciam uma situação que pode complicar, de maneira que desencadeia um sofrimento emocional e repercute em aparecimento de frustrações, impotência e até mesmo rompimentos da família.

*“Tem dias que eu não aguento. Eu vou largar ele” (F05-f).*

*“Ele xinga nome comigo, aí eu não aguento e digo: rapaz, não chame de nome comigo não. Por que você diz isso e isso comigo? Rapaz, vamos parar com isso! Teve uma vez passamos 2 dias sem falar” (F06-f).*

*“(...) eu não queria que ela saísse de perto, aí eu pedia para ela colocar a comida na boca e fazer besourinho eu me sentia em paz. Minha mãe está sendo uma mãe e tanto pra mim e eu não queria que ela saísse de perto de mim e a todo instante eu queria que ela fizesse carinho. Aí quando ela demorava ou cansava eu dizia ‘se fosse minha namorada ela continuava fazendo(...)” (P01-m).*

Quando a família está emocionalmente frágil, a dificuldade de adaptação da doença coloca-a na situação de esgotamento ou exaustão familiar e, ao invés de sentimentos positivos, permanecem nessa família a culpa, a revolta, a incompreensão e o medo<sup>2,6,28,73,75,81-82,85,90,142</sup>.

*“Tem horas que ele está um doce de pessoa; tem horas que ele está ruim, agressivo comigo e eu tenho horas que dá vontade de matar ele” (F08-f).*

As dificuldades associadas ao TCE dependem do funcionamento prévio da família, e que um bom relacionamento antes do evento traumático contribui para que os indivíduos reajam de forma satisfatória à nova condição<sup>149</sup>.

Essa situação fica mais evidente quando o familiar tem relacionamento conjugal. O impacto diferencial do trauma entre o casal depende das necessidades de desenvolvimento que cada um adquiriu ao longo da vida como um indivíduo psicossocial e relacionado ao meio<sup>145</sup>. A relação conjugal<sup>81</sup> mostra-se mais abalada com o evento traumático, como se pode observar nos núcleos de sentidos apresentados. Em casos de tensões relacionais geradas pela crise que o casal está a vivenciar, a forma em expressar os sentimentos apresenta dificuldade. O grupo de terapia facilita a conexão como rede de apoio, intervém precocemente nas situações de conflitos, auxilia na comunicação e previne situações de isolamento ou a solidão.

### e) Ciclo de amizades

As relações sociais são importantes para determinar as relações interpessoais que permite “ao indivíduo o aprendizado de habilidades sociais satisfatórias e harmoniosas ao longo de todo o ciclo vital”<sup>150</sup> (p.161). Percebe-se na fala do familiar a importância da amizade no processo de reabilitação:

*“Assim que ela chegou, as amigas, os irmãos dela [vieram vê-la]... eu só me perguntava como vai ser o que eu posso fazer por você” (F04-f).*

Por outro lado, as consequências do TCE também podem corroborar para o declínio ou o apoio da amizade<sup>81</sup>. Todos os relacionamentos interpessoais do paciente com trauma podem mostrar-se fragilizados; ao mesmo tempo, constituem-se como fortalecimento e apoio para o paciente e seu cuidador. Essa afirmação também pode ser percebida na fala dos cuidadores familiares:

*“Tinha muitos amigos; depois disso se afastou de tudo! Porque é como eu digo a ele: tá vendo, você tinha amigo naquela hora e agora, cadê? Num chega nessa hora! Quem ajuda ele é o pai” (F08-f).*

*“Se [amigos] me perguntasse alguma coisa, eu respondia. Se não pergunta-se era como se não estivessem ali ” (P09-m).*

*“Antes minhas amigas me chamavam para sair, mas, a minha família não deixa. Me tratam como doente. Hoje não tenho mais [amigos]” (P03-f).*

Nesse sentido, as doenças podem afetar a rede pessoal de cada indivíduo e reduzir, assim, as oportunidades de contatos sociais. Esse fato pode agravar no TCE, que apresentam alterações comportamentais e resultar na dificuldade de interação mútua da amizade<sup>81,83</sup>.

#### 5.2.4 Grupo de terapia como estratégia de enfrentamento dos desafios no TCE

O quarto tema, **Grupo de terapia como estratégia de enfrentamento dos desafios no TCE**, está relacionado a ambos, familiares e vítimas de TCE. Entende-

se que o processo terapêutico propicia a interação do cuidador com o paciente, e destaca-se por beneficiar o indivíduo ao experienciar as situações da rotina diária na convivência familiar e auxiliar nas estratégias de enfrentamento, com vistas à diminuição da vulnerabilidade na crise familiar. A categoria relacionada a esse tema corresponde ao ouvir e compartilhar.

Nos achados, foram evidenciados que as principais crises familiares estavam relacionadas ao casamento. Quanto maior o conflito familiar, menor será a assistência ao doente<sup>151</sup>. Os desafios enfrentados pelos casais foram vistos em estudos<sup>81,152</sup> que destacam como a lesão cerebral pode afetar negativamente a satisfação no casamento. Esses ainda visualizaram que a intervenção nos casais melhorou significativamente a comunicação no relacionamento, fato esse que pode ser observado nas seguintes falas:

*“Não tenho com quem falar! Eu sinto que eu preciso disso aqui” (F08-f).*

*“Eu estava cansada... já ia entregá-lo à família. Mas, isso aqui me ajudou muito e espero que ajude a vocês também que estão com muitas brigas. Chega de briga! Nossos maridos estão com problemas e precisamos ajudá-los” (F08-f).*

*“Corri, mas consegui chegar. O trabalho de vocês é fundamental porque esfria nossas angústias. A gente tem que, no mínimo, saber se comunicar, se comportar. Só estou ganhando, com certeza” (P08-m).*

*“Eu achei muito importante buscar força e encorajamento. Porque está difícil aguentar esse homem. Tem dias que eu não aguento” (F05-f).*

Outro fator importante relatado pelos familiares sobre o atendimento terapêutico foi sobre a perspectiva de um espaço social para acolhimento, pois o familiar sente-se desamparado. A lesão cerebral é um evento catastrófico e a falta de participação social pode levar a problemas de reintegração na sociedade após a alta<sup>81,153</sup>. O TCE está associado a desafios significativos para o bem-estar com riscos de problemas de saúde física e mental, co-morbidades, insegurança financeira e isolamento social.

*“Eu também gostei de vim, porque, graças a Deus, tenho com quem conversar [...]. É muito bom [estar aqui], porque a gente sabe que está crescendo. O Brasil é muito carente em atendimento assim, só tenho a agradecer” (F02-f).*

Os familiares são os cuidadores informais dos indivíduos sobreviventes ao TCE que fornecem algum nível de cuidados e apoio. Quando esse familiar é a mãe, na maioria das vezes, é a principal interlocutora por assumir quase integralmente o cuidado com seu filho, independente da idade. É notório perceber que fases do ciclo vital podem retornar como um novo ciclo<sup>154</sup>.

*“Eu acho que não é de agora que minha filha precisa de acompanhamento psicológico, mas ela nunca quis. A oportunidade é agora! De conhecer, pelo menos” (F04-f).*

*“Graças a Deus [a gente] está aqui, espero que ele goste de ficar aqui porque será muito bom para ele, para nós” (F02-f).*

*“Continuamos vindo, pois sei que é muito importante pra ele” (F01-f).*

A imagem da mãe como um ser altruísta, acima dos demais sentimentos mundanos, imaculado e intocável é uma valorização que funciona como armadilha e prisão para muitas mulheres, que se sentem culpadas ao abdicarem de suas necessidades e desejos a satisfazer os de seus filhos<sup>155</sup>.

*“Quando ele acordou, virou uma criança. Tinha comportamento de criança, não queria que eu saísse de perto dele. Quando eu sentava ou queria caminhar para disfarçar o sono, ele queria que eu estivesse perto dele e o cuidado era de criança mesmo, no hospital e em casa era dobrado. Eu dizia: Senhor o que eu faço?” (F01-f).*

*“Tem dias que bate um desespero, porque me sinto uma doente na cama. Não presto pra nada! Não gosto de ver minha mãe chorando, o tempo todo isso. Ela precisa de ajuda e aqui ela se sente bem” (P04-f).*

Enquanto membros da família funcionam como extensões dos cuidados aos pacientes com TCE<sup>143</sup>, outros componentes do sistema familiar sentem esse

processo do cuidado como uma carga. Tal reação acarreta em dificuldades de cooperação e comunicação dentro do grupo familiar, projetando em insatisfação.

*“Eu mesma não deveria está aqui” (F03-f).*

Apesar de essa fala se traduzir em uma insatisfação da cuidadora em participar do grupo, não houve uma repercussão negativa para os demais participantes, tendo em vista que a natureza da insatisfação era de cunho pessoal e por intrigas entre irmãos. Isso se justifica pelo constante reforço em afirmar que, diante da necessidade de o paciente estar acompanhado, ela foi a escolhida pelo grupo familiar a fazer o devido acompanhamento, mesmo contra a sua vontade.

*“Quem ficou com ela no tempo do acidente foi meu irmão. Ele foi que conviveu com ela. Eu só acompanho para vim aqui e eu só fui pro hospital com ela aqui” (F03-f).*

O cuidar do paciente com comprometimentos cognitivos acarreta tensões no cuidador familiar; talvez a necessidade mais comumente relatada seja a mudança de comportamento<sup>143</sup>. Assim, a Psicologia é a ciência que relaciona o apoio prático, intervencional e clínico para dar suporte aos pacientes e familiares vítimas de TCE.

# Conclusão



## 6 CONCLUSÃO

A relevância deste estudo baseia-se na observação dos relatos dos participantes, cujas falas sobre as lembranças do período de internação hospitalar e do retorno para a casa são representações das condições utilizadas para aliviar os momentos de sofrimento e angústias.

Os discursos dos participantes revelaram que a atenção que os familiares apresentam sobre o cuidar do paciente com TCE hospitalizado não é tarefa fácil, que o momento da alta é o mais esperado com sensação de alívio, assim como a volta para a casa apresenta outros tipos de preocupações como os cuidados especiais na promoção da saúde e recuperação que acarretam em desgastes físicos e emocionais do cuidador.

Observou-se que a condição de mudança de vida no ciclo pós TCE afetou a estabilidade familiar e se tornou persistente, com aparecimento de conflitos que desencadearam sentimentos que se mostravam adaptativos ou, contrariamente, prejudicavam a relação familiar.

Os dados obtidos reforçam a necessidade de instaurar um modelo de terapia grupal que possa contribuir para a diminuição dos conflitos familiares, enfrentamento das dificuldades com melhoria no convívio familiar. Isso se justifica pelo fato de prestar apoio e valorizar os sentimentos do cuidador familiar e ajudam a estabilizar o estado emocional na busca de novos conhecimentos e direcionamentos para a sua assistência e de todo núcleo familiar.

O processo de acolhimento e trabalho em grupo é favorável para compartilhar aflições e enfrentar o processo de adoecer, e aponta novas expectativas para socialização dos conflitos apresentados pelos pacientes e familiares nas questões diárias de convivência, sobretudo por contribuir para melhoria na qualidade de cuidados de saúde das vítimas de TCE. O planejamento de ações direcionadas tornam-se mais efetivas à medida que estabelece as necessidades de cada membro do grupo diante da temática estabelecida de forma a utilizar as intervenções psicoterapêuticas com criatividade e motivação respeitando a singularidade de cada membro.

Dessa forma, o grupo de terapia permitiu compreender a maneira manifesta de tornar visíveis as dificuldades encontradas e identificar a busca de ações que contribuíram para o equilíbrio do convívio familiar.

# Considerações finais



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O significado do presente estudo traduz-se na importância de se compreender o universo emocional do seio familiar diante da experiência do trauma, desde a vivência hospitalar até o processo de reabilitação, independente das variáveis sócio demográfica e físico-mecânicas relacionadas ao evento, por considerar que os aspectos emocionais e comportamentais estão arraigados aos primórdios do ser enquanto sujeito social e coletivo.

Nesse caminho, a intervenção realizada pelo psicólogo pressupõe o planejamento, reconhecimento das demandas e especificidades dos grupos e alcance dos seus objetivos. Esse estudo, em sua totalidade, almejou o intento de abrir novos espaços de produção do conhecimento sob a égide da perspectiva do sujeito acerca de sua enfermidade e tratamento.

O grupo de terapia com pacientes de TCE e seus familiares, no programa REVIVA, pode evidenciar que os saberes dos mesmos fortalecem sua própria autonomia, o sentimento de pertencimento, o alívio da angústia e, assim, pode contribuir para o enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia e a melhora na expectativa de vida.

Neste sentido, elucida-se a importância da participação em terapia grupal, pois esta proporciona a discussão de temas que sinalizam o enfrentamento de angústias decorridas pelo processo de hospitalização e do retorno para casa. A intervenção realizada pelo psicólogo resulta na capacidade de auxiliar os participantes a buscar estratégias de superação frente a impasses e dificuldades provocadas pelo processo do adoecer.

Além disso, embora não tenha sido discutida nesse estudo a adesão do familiar ao tratamento de reabilitação do paciente com TCE em relação ao prognóstico, evidencia-se que o grupo de terapia poderá contribuir na adesão do paciente ao tratamento e na qualidade de vida de ambos, paciente e familiares, por estimular a fala das angústias e a troca de experiência.

Diante do exposto, há evidências de que esse modelo de processo de terapia em grupo tem muito a contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas que favoreçam a interação entre os membros da família, o compartilhamento de experiências com outras pessoas e a socialização. Soma-se a isso o fato de essa forma de abordagem em grupo valorizar os sentimentos e estabilizar o estado

emocional no núcleo familiar, seja contribuindo no enfrentamento do processo de adoecimento, ou criando ou potencializando a condição de resiliência diante de todo o contexto ora experienciado.

Assim, assume-se a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas com o enfoque na terapia em grupo que favoreça a comunicação entre os membros da família.

A proposta da intervenção terapêutica no REVIVA, de forma contínua, propiciará aos participantes a criação de vínculos de amizade, superação das adversidades diárias e trocas de experiência, com vistas à construção de uma ferramenta de relações interpessoais que possibilitem melhora da qualidade de vida para os sobreviventes do TCE e seus cuidadores.

Ademais, as limitações apresentadas para esse estudo se enquadram nas dificuldades inerentes ao espaço físico no ambulatório, as questões logísticas de transporte, a falta de estudos que abordam o tema da população alvo em termos de revisão de literatura e de comparação dos resultados com outros estudos, bem como, as implicações econômicas e sociais.

# Referências



## REFERÊNCIAS

1. Serna ECH, Sousa RMC. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(2): 131-135.
2. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13 (1): 93-98.
3. Hart T, Whyte J, Poulsen I, Kristensen KS, Nordenbo AM, Chervoneva I, Vaccaro MJ. How do intensity and duration of rehabilitation services affect outcomes from severe traumatic brain injury? A natural experiment comparing health care delivery systems in 2 developed nations. *Acta Phys Med Rehabil.* 2016; 97(12):2045-2053.
4. Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LJES, Lira SVG. Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em um hospital de emergência municipal. *Rev Baiana de saúde pública.* 2010; 34(2): 240-253.
5. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia-Goiás. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(4): 2075-2084.
6. Hora EC, Sousa RMC. Necessidades das famílias após o trauma crânio-encefálico: dados da realidade brasileira. *Enfermagem em foco.* 2012; 2(3): 88-92.
7. Gaudêncio TG, Leão GM. A epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc.* 2013; 21(3): 427-434.
8. Hora EC, Santana LV, Santos LJ, Souza GO, Pimentel AV, Bezerra NTC, Doria SRF, Carvalho TPV, Mendes Júnior AA, Rodrigues JA, Lopes RJP, Fakhouri R. Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury. Sadaka F, Quinn T, organizador. *Traumatic Brain Injury Croácia EU: InTech;* 2014, p. 467-490.
9. Arruda BP, Akamatsu PYF, Xavier AP, Costa RCV, Oliveira-Alonso GS, Madaleno IMP. Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. *Acta fisiátrica.* 2015; 22(2): 55-59.
10. Janzen EP, Walz R, Lin K. Cross-cultural adaptation of the SCATBI instrument for cognitive-linguistic abilities after traumatic brain injury. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2015; 73(11): 939-945.

11. Moll AVS. Perfil do atendimento dos pacientes com traumatismo cranioencefálico nos hospitais de urgência e emergência sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Fio Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
12. Ramalho J, Castillo M. Dementia resulting from traumatic brain injury. *Dement neuropsychol*. 2015; 9(4): 356-368.
13. Brasil. Estatística de mortalidade por causa externa no Brasil. Brasília, DATASUS; 2015a.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Guia vida no trânsito. Universidade Federal de Iásás. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.
15. Soares-Carneiro SC, Vasconcelos BC, Matos da Silva GS, Barros-Caldas LC, Porto GG, Leal JF, Cantuda I. Alcohol abusive use increases facial trauma? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21(5): 547-553.
16. Saldanha RF; Pechansky F; Benzano D; De Barros CASM; De BRB. Differences between attendance in emergency care of male and female victims of traffic accidents in Porto Alegre, Rio Grande do sul State, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014, Vol.19(9), p.3925-30.
17. World Health Organization. Global status report on alcohol. Geneva; 2004.
18. Dualibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*. 2007; 97(2): 2276-2280.
19. Monteiro MG. Alcohol y salud pública em las Américas: um caso para La acción. Washington, D.C: OPAS; 2007.
20. Malta DC, Soares Filho AM, Montenegro MMS, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Lima CM, et al. Análise da mortalidade por acidentes de transportes terrestre antes e após a Lei Seca – Brasil, 2007-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(4): 317-328.
21. Nunes MS, Hora EC, Fakhouri R, Alves JAB, Ribeiro COM, Santos ACS. Caracterização de vítimas de traumatismo atendidas em um hospital de urgência. *Rev enferm UFPE*. 2011; 5(9): 2136-2142.
22. Garcia LP, Freitas LRS, Gawryszewski V, Duarte EC. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(4): 418-424.

23. Brasileiro BF, Vieira JM, Silveira CES. Evaluation of facial injuries from motorcycle accidents in Aracaju/SE. *Ver Cir Traumatol Buco-maxilo-fac.* 2010; 10(2): 97-104.
24. Althoff CR. Pesquisando família: a experiência da enfermagem na UFSC. *Rev Fam Saúde Desenv.* 1999; 1(1/2): 49-56.
25. Faro ACM. Atividades realizadas no domicílio pelo cuidador familiar da pessoa com lesão medular. *Rev Paul Enferm.* 2001; 20(2): 33-43.
26. Whight LM, Leahev ML. Enfermeiros e família: um guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca; 2013.
27. Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Cuellar-de La Cruz Y. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Rev Med Hered.* 2014; 25(2): 68-72.
28. Hora EC, Sousa RMC, Alvarez REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 39(3): 343-349.
29. Orff HJ, Hays CC, Twamley EW. Multivariate assessment of subjective and objective measures of social and family satisfaction in veterans with history of traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 2016; 53(5): 541-550.
30. Queiroz MS, Marin L. Acidentes de trânsito: Atitudes, comportamentos, representações na região de Campinas: Relatório final de pesquisa. Convênio Unicamp/Fapesp; 2000.
31. Freire E. Trauma: a doença do século. São Paulo: Atheneu; 2001.
32. Cavalcante FG, Morita PA, Haddad SR. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(5): 1763-1772.
33. Lane KS, St Pierre ME, Lauterbach MD, Koliatsos VE. Patient profiles of criminal behavior on the context of traumatic brain injury, *J Forensic Sci.* 2016.
34. Mioto RCT. Do conhecimento que temos à intervenção que fazemos: uma reflexão sobre a atenção as famílias no âmbito das políticas sociais. Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG, organizador. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livros. 2004.
35. Walsh CF. Fortalecendo a resiliência familiar. Magda França Lopes, tradutor. São Paulo: Roca; 2005.

36. Sousa Filho AO, Xavier EP, Vieira LJES. Hospitalização na óptica do acidentado e trânsito e de seu familiar-acompanhante. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3): 539-546.
37. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde; 2013.
38. Viana NJ, Bohland AK, Pereira CU. Internações por traumatismo cranioencefálico em Sergipe, de 2000 a 2011. *Arq. bras. Neurocir*. 2014; 33(4): 306-317.
39. Benham EC, Ross SW, Mavilia M, Fischer PE, Christmas AB, Sing RF. Injuries from all-terrain vehicles: na opportunity for injury prevention. *AM J Surg*. 2016; 11(17):1-6.
40. Soberg HL, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A. Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years trauma: a prospective longitudinal cohort study. *J Trauma*. 2007; 62(2): 461-470.
41. Carr J, Shepherd R. Reabilitação neurológica: otimizando o desempenho motor. São Paulo: Manole; 2008.
42. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 1974; 2(7872): 81-4.
43. Junqué C, Bruna O, Mataró M. Traumatismo cranioencefálicos: uma abordagem da neuropsicologia e fonoaudiologia. São Paulo: Santos; 2001.
44. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviços pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 815-822.
45. Almeida GCM, Medeiros FCD, Pinto LO, Moura JMBO, Lima KC. Prevalência e fatores associados a acidentes de trânsito com mototaxistas. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(2): 382-388.
46. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Violência no trânsito: expressão da violência social. Brasil. Ministério da Saúde, organizador. Secretaria de vigilância à Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005.
47. Dall'Aglio JS. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trânsito em Uberlândia 2000. *Biosci J Uberlândia*. 2010; 6(3): 484-490.
48. Anjos KC, Evangelista MRB, Silva JS, Zumotti AV. Paciente vítima de violência de trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do serviço social na emergência. *Acta Ortop Bras*. 2007; 15(5): 262-266.

49. Brasil. Resolução Nº 555, de 17 de setembro de 2015. Dispõe sobre o registro e licenciamento de ciclomotores e ciclo-elétricos no Registro Nacional de Veículos Automotores – RENAVAM. Diário Oficial da União, 17 set 2015c.
50. Brasil. Código de Trânsito Brasileiro e legislação complementar em vigor. Brasília: DENATRAN; 2008.
51. Blank D. Prevenção e controles de injúrias físicas: saímos ou não do século 20. *Jornal de Pediatria*. Porto Alegre. 2002; 78(2): 84-86.
52. Murthy TVPS. Prehospital care of traumatic brain injury. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2008; 52 (3): 258-263.
53. Mohtasham-Amiri Z, Dastgiri S, Davoudi\_Kiakalyeh A, Imani A, Mollarahimi K. Na epidemiological study of Road traffic accidents in guilan province, Northern Iran in 2012. *Bull Emerg Trauma*. 2016; 4(4): 230-235.
54. Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009.
55. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Dados de Mortalidade: como fazer uma busca rápida. *ABRAMET. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego*. 2007; 25: 38-72.
56. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. *ABRAMET. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego*. 2008; 26: 52-58.
57. Oliveira NLB, Sousa RMC. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidente de trânsito. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003; 11(6): 749-756.
58. Bacchieri G, Barros AJD. Traffic accidents in Brasil from 1998 to 2010: many changes and few effects. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(5): 1-14.
59. Saadat S, Soori H. Epidemiology of traffic and motor vehicles utilization in the Capital of Iran: a population based study. *BMC Public Health*. 2011; 11: 488-496.
60. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim de vigilância em saúde: Projeto vida no trânsito. Aracaju/SE.2016.
61. Brasil. O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

62. Brasil. Portaria MS / GM nº 737, de 16 maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência. Diário Oficial da União, 18 maio 2001.
63. World Health Organization. Decade of action for road safety 2011-2020: Global Launch. Geneva; 2011.
64. Ângelo M, Bousso RS. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In: Manual de Enfermagem. IDS. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 14-17.
65. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. Claudia Berliner, tradutor. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
66. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Rev Enferm Florianópolis. 2008; 17(4): 680-688.
67. Moratto Vasquez NS, Zapata PJJ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicol. 2015; 8(2): 103-121.
68. Anke A, Manskow US, Friberg O, Roe C, Arntzen C. The family experiences of in-hospital care questionnaire in severe traumatic brain injury (FECQ-TBI): a validation study. BMC Health Serv Res. 2016; 16(1): 675.
69. Dibai MBS, Cade NV. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. Rev Enferm UERJ. 2009; 17(1): 86-90.
70. Faria AB, Cruz ICF. Diagnóstico de enfermagem em cliente com (TCE) e em seu familiar e/ou pessoa significativa. Rev Bras Enferm. 1996; 49(4): 549-568.
71. Ghaffari-Fam S, Sarbazi E, Daemi A, Sarbazi MR, Nikbakht HÁ, Salarilak S. The epidemiological characteristics of motorcyclists associated injuries in Road traffics accidents: a hospital-based study. Bull Emerg Trauma. 2016; 4(4): 223-229.
72. Formisano R, Longo E, Azicnuda E, Silvestro D, D'Ippolito M, Truelle JL, Von Steinbüchel N, Von Wild K, Wilson L, Rigon J, Barba C, Forcina A, Giustini M. Quality of life in persons after traumatic brain injury as self-perceived and as perceived by the caregivers. Neurol Sci. 2016: 1-8.
73. Kratz AL, Sander AM, Brickell TA, Lange RT, Carlozzi NE. Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. Neuropsychol Rehabil. 2017; 27(1): 16-37.

74. Queiroz MS, Oliveira PCP. Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. *Psicologia e Sociedade*. 2003; 15(2): 101-123.
75. Doser K, Noruo A. Caregiver burden in Danish family members of patients with severe brain injury: the chronic phase. *Brain Inj*. 2016; 30(3): 334-42.
76. Malvestio MAA, Sousa RMC. Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4): 639-647.
77. Whitaker IY, Gutiérrez, MGR, Koizumi MS. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *Rev Ass Med Brasil*. 1998; 44(2): 111-119.
78. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
79. Dias MAS, Vieira FCV. A família como suporte no cuidado da pessoa portadora de Insuficiência Renal Crônica. Barroso MGT, Vieira FCV, Varella ZMV, organizadores. *Saúde da família: abordagem multireferencial em pesquisa*. Sobral/CE: Edições UVA; 2002. 227p.
80. Serna ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(2): 183-189.
81. Carlozzi NE, Brickell TA, French LM, Sander A, Kratz AL, Tulsy DS, Chiaravalloti ND, Hahn EA, Kallen M, Austin AM, Miner JÁ, Lange RT. Caring for our wounded warriors: a qualitative examination of health-related quality of life in caregivers of individuals with military-related traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2016; 53(6): 669-680.
82. Beuter M, Brondani CM, Szarecki C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Escola Anna Nery*. 2012; 16(1): 134-140.
83. Sarrami P, Ekmejian R, Naylor JM, Descallar J, Chatterji R, Harris IA. Spine surgery outcome in patients Who sought compensation after a motor vehicle accident: a retrospective cohort study. *BMC Surg*. 2016; 16(1): 76.
84. Behn N, TogherL, Power E. Experiences from a communication training programme of paid carers in a residential rehabilitation centre for people with traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2015; 29(13-14): 1554-60.

85. Knih NS, Franco SC. A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado. *Rev ciência, cuidado e saúde Maringá*. 2005; 4(2): 139-148.
86. Adams D, Dahdah M. Adaptive strategies and adaptation of survivors of traumatic brain injuries and primary caregivers. *NeuroRehabilitation*. 2016; 39(2): 223-37.
87. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2005; 18(3): 381-389.
88. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2): 397-403.
89. Powell JM, Wise EK, Brockway JA, Fraser R, Temkin N, Bell KR. Characteristics and concerns of caregivers of adults with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2017; 32(1): 33-41.
90. Saban KL, Griffin JM, Urban A, Janusek MA, Pape TL, Collins E. Perceived health, caregiver burden, and quality of life in women partners providing care to veterans with traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2016; 56(6): 681-692.
91. Belsky J. *Desenvolvimento Humano*. Daniel Bueno tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2010.
92. Papalia DE, Feldman RD. *Desenvolvimento Humanos*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
93. Locke J. *Ensaio a cerca do desenvolvimento humano*. Anoar Aíex, tradutor. São Paulo: Nova Cultura; 1999.
94. Schultz DP, Schultz SE. *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cengage learning; 2009.
95. Skinner BF. *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix; 1982.
96. La Taille Y, Oliveira MK, Dantas H. *Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus; 1992.
97. Bataglia PUR, Moraes A, Lepre RM. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2010; 15(1): 25-32.

98. Freud S. Três ensaios sobre a sexualidade. Um caso de Histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos. Vol VII. Rio de Janeiro: Imago; 1939[2006].
99. Erikson EH. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós; 1985.
100. Neri AL. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia Unicamp*. 2006; 14(1): 17-34.
101. Sheehy G. Passagens: crises previsíveis da vida adulta. Donaldson Garschagem, tradutor. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1998.
102. MCGoldrick M, Randy G. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In: Carter B, MCGoldrick M (col.) *As mudanças do Ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 144-166
103. Simon RM. Questões do ciclo de vida familiar no sistema de terapia. Carter B, MCGoldrick M, organizador. *As mudanças do Ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artmed; 1995. p. 97-105.
104. Hoffman L. O ciclo de vida familiar e a mudança contínua. Carter B, MCGoldrick M, organizador. *As mudanças do Ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995, p. 84-90.
105. Ronchi JP, Avellar LZ. Family and life cycle: the acquisition phase. *Psicologia em Revista*. 2011; 17(2): 211-225.
106. Cervany CMO, Berthoud CME. Ciclo vital da família brasileira. Osório LC, Valle MEP, organizador. *Manual de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed; 2008, p. 25-37.
107. Erikson EH. *Infância e sociedade*. Gildásio Amado, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 1971.
108. Carvalho Filho JGT. *A acepção da família na teoria psicanalítica: Sigmund Freud, Melanie Klein e Jacques Lacan*. (Dissertação de Mestrado). São João del-Rei: Universidade Federal São João del-Rei; 2010.
109. Lacan J. *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987.
110. Gomes IC, Levy L. *Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras*. *Aletheia (ULBRA)*. 2009; 29: 151-160.
111. Roudinesco E, Plon M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.

112. Freud S. Além do princípio do prazer, Psicologia de grupos e outros trabalhos. Conferência XVIII: Psicologia de grupo e a análise do ego. Vol XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 1920[2006].
113. Sampaio JR A. Dinâmica de Grupos de Bion e as Organizações de Trabalho. *Psicol USP*. 2002; 13(2): 277-291.
114. Zimerman DE. Fundamentos Básicos das Grupoterapias. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
115. Amado G. Os processos psíquicos no interior dos grupos de trabalho: para além de Bion e Pichon-Rivière. *Cad psicol soc trab*. 2014; 17: 97-110.
116. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo inFormação*. 2010; 14(14): 160-169.
117. Zimerman DE. Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed, 2004.
118. Rosa CM. Por uma psicoterapia psicanalítica de grupo. *Labore*. 2011; 10(4): 575-586.
119. Faro ACM. Cuidar do lesado medular em casa: a vivência singular do cuidador familiar. (Dissertação grau de livre docente). São Paulo: Escola de enfermagem USP; 1999.
120. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com TCE. Secretaria atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015d.
121. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
122. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2014.
123. Marin-Leon L, Queiroz MS. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Caderno de Saúde Pública*. 2000; 16(1): 7-21.
124. Boaventura LC, Borges HC, Ozaki AH. Assessment of the burden of adult wheelchair-bound patients with neurological disabilities on the caregivers. *Ciência e saúde coletiva*. 2016; 21(10): 3193-3202.
125. Bates A, Matthews S, Simpson G, Bates L. Brain injury as the resulto of violence: a systematic scoping review. *J Soc Work Disabil Rehabil*. 2016; 3(4): 305-331.

126. Freyre G. Nordeste. 6. ed. Rio de Janeiro: Record; 1989.
127. Freud S. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Obras Completas. Vol I. Rio de Janeiro: Imago; 1950[2006].
128. Damasceno VO, Vianna VRA, Vianna JM, Lacio M, Lima JRP, Novaes JS. Imagem corporal e corpo Ideal. Rev Bras Ci e Mov. 2006; 14(2): 81-94.
129. Pastore V, Colombo K, Maestroni D, Galbiati S, Villa F, Recla M, Locatelli F, Strazzer S. Psychological problems, self-esteem and body dissatisfaction in a sample of adolescents with brain lesions: a comparison with a control group. Brain Inj. 2015; 29(7-8): 937-945.
130. Williamson H, Hamlet C, White P, Marques EM, Cadogan J, Perera R, Rumsey N, Hayward L, Harcourt D. Study protocol of the YP face IT feasibility study : comparing an online psychosocial intervention versus treatment as usual for adolescents distressed by appearance-altering conditions/injuries. BMJ Open. 2016 ; 6(10).
131. Novaes MAA. Como se faz o corpo? Considerações sobre o ideal em Freud e Lacan. Pulsional rev de psicanál. 2005; 18(182): 40-47.
132. Alves D, Mussi FC, Jeukens MMF, Silva SCF, Silva EB, Koizumi MS. O que lembra o paciente com TCE sobre o período de hospitalização. Rev latino-am Enferm. 2000; 8(2): 91-98.
133. Freud S. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Conferência XXI: O futuro de uma ilusão. Vol XXI. Rio de Janeiro: Imago; 1927[2006].
134. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira LS. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(1): 120-125.
135. Goidanich M, Guzzo F. Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de hospitalização: o paciente cirúrgico. Rev SBPH. 2012; 15(1): 232-248.
136. Freud S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVI: Transferência. Vol XVI. Rio de Janeiro: Imago; 1917[2006].
137. Brasil. Lei 13.063, de 30 de dezembro de 2014. Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para isentar o aposentado por invalidez e o pensionista inválido beneficiários do Regime Geral da Previdência Social - RGPS de se submeterem a

exame médico-pericial após completarem 60 (sessenta) anos de idade. Diário Oficial da União, 30 dez 2014.

138. Lorenz L, Katz G. Severe brain injury in Massachusetts: assessing the continuum of care. Issue Brief (Mass Health Policy Forum). 2015; 10(45): 1-62.

139. Foster AM, Armstrong J, Buckley A, Sherry J, Young T, Foliaki S, James-Hohaia TM, Theadom A, Mcpherson KM. Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury. Disability and rehabilitation. 2012; 34(22): 1855-1862.

140. Cataldo L. I know that my redeemer lives: relational perspectives on trauma, dissociation, and faith. Pastoral psychology. 2013; 62(6): 791-804.

141. Rolland J. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. Carter B, McGoldrick M, organizador. As mudanças do Ciclo de vida familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.

142. Fortune DG, Rogan CR, Richards HL. A structured multicomponent group programme for carers of people with acquired brain injury: Effects on perceived criticism, strain, and psychological distress. British Journal of Health Psychology. 2016; 21: 224–243.

143. Berge, JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. Journal of clinical nursing. 2012; 21(9-10): 1355-1363.

144. Torimoto-Sasai Y, Igarashi A, Wada T, Ogata Y, Yamamoto-Mitani N. Female family caregivers face a higher risk of hypertension and lowered estimated glomerular filtration rates: a cross-sectional, comparative study. BMC Public Health. 2015; 15: 177.

145. Straussner SLA, Calnan AJ. Trauma Through the life cycle: A review of current literature. Clin Soc Work J. 2014; 42: 323-335.

146. Ambriz MGJ, Montorio I. Psychological and social factors that promote positive adaptation to stress and adversity in the adult life cycle. J Happiness Stud. 2012; 13: 833-848.

147. Benghozi P, Marques ST. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. Psicologia Clínica. 2005; 17(2): 101-109.

148. Dias MO. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. Gestão e desenvolvimento. 2011; 19: 139-156.

149. Jorqueira, CGS. O impacto do traumatismo cranioencefálico para a família: um estudo de caso. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Pontifca Universidade Católica de São Paulo; 2007.
150. Borsa JC. O papel da amizade ao longo do ciclo vital. *Psico-USF*. 2013; 18(1); 161-162.
151. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. Hughes RG, organizador. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
152. Backhaus S, Neumann A, Parrot D, Hammond FM, Brownson C, Malec J. Examination of an intervention to enhance relationship satisfaction after brain injury: A feasibility study. *Brain Injury Journal*. 2016; 30(8): 975-85.
153. Craig A, Perry KN, Guest R, Tran Y, Middleton J. Adjustment following chronic spinal cord injury: determining factors that contribute to social participation. *British Journal of Health Psychology*. 2015; 20 (4): 807-823.
154. Cervany CMO, Berthoud CME. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
155. González CO. Atenção domiciliar em pediatria e a mãe cuidadora – o programa de atenção domiciliar do hospital das clínicas da UFMG. (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

# Apêndices



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: INTERVENÇÃO DE TERAPIA DE GRUPO NO CICLO VITAL FAMILIAR PÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: CONSTRUÇÃO, PERCEPÇÕES E VIABILIDADE

**Pesquisadora:** Lyvia de Jesus Santos

### II – Termo de Consentimento

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo Identificar as percepções das vítimas de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e de seus cuidadores familiares acerca do processo de adoecer e sua influência nas interações familiares.

Os resultados do estudo serão importantes para entender a dinâmica familiar e auxiliar os familiares na compreensão das consequências do evento traumático e direcionar os participantes a criação de estratégias de enfrentamento.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico, conforme recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão publicados com garantia de anonimato dos sujeitos da pesquisa. O (A) Sr (Sr<sup>a</sup>) poderá ter acesso a qualquer tempo aos dados da pesquisa, eliminando possíveis dúvidas.

### III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Lyvia de Jesus Santos. Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Rua Cláudio Batista, SN – Aracaju/SE. Telefone: (79) 98876-9901.
2. Edilene Curvelo Hora. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/SE. Telefone: (79) 2105-1812 (comercial).

### IV – Consentimento pós-esclarecido

Estou esclarecido(a) quanto ao direito de retirar meu consentimento no decorrer da pesquisa, mesmo tendo assinado este termo. Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto a referida pesquisa.

Aracaju/SE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa  
e/ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE B – Cessão de Direitos



### I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: INTERVENÇÃO DE TERAPIA DE GRUPO NO CICLO VITAL FAMILIAR PÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: CONSTRUÇÃO, PERCEPÇÕES E VIABILIDADE

**Pesquisadora:** Lyvia de Jesus Santos

### II – Termo de Consentimento

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo Identificar as percepções das vítimas de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e de seus cuidadores familiares acerca do processo de adoecer e sua influência nas interações familiares.

O estudo será realizado por meio do grupo terapêutico com sessões pré-estabelecidas através do uso do gravador de voz para utilização das falas, integralmente ou em partes, desde a presente data. Da mesma forma autorizo a sua audição e o uso de citações a terceiros.

Os resultados do estudo serão importantes para entender a dinâmica familiar e auxiliar os familiares na compreensão das consequências do evento traumático e direcionar os participantes a criação de estratégias de enfrentamento.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico, conforme recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão publicados com garantia de anonimato dos sujeitos da pesquisa. O (A) Sr (Srª) poderá ter acesso a qualquer tempo aos dados da pesquisa, eliminando possíveis dúvidas.

### III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

2. Lyvia de Jesus Santos. Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/SE. Telefone: (79) 98876-9901.

2. Edilene Curvelo Hora. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/SE. Telefone: (79) 2105-1812 (comercial).

### IV – Consentimento pós-esclarecido

Estou esclarecido(a) quanto ao direito de retirar meu consentimento no decorrer da pesquisa, mesmo tendo assinado este termo. Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto a referida pesquisa.

Aracaju/SE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa  
e/ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE C – Formulário destinado à vítima de TCE.



### **IDENTIFICAÇÃO**

Código: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Nome da vítima: \_\_\_\_\_  
 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino



**TÍTULO:** INTERVENÇÃO DE TERAPIA DE GRUPO NO CICLO VITAL FAMILIAR PÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: CONSTRUÇÃO, PERCEPÇÕES E VIABILIDADE

**Pesquisadora:** Lyvia de Jesus Santos

### **1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ( ) Não letrado                   | ( ) Ensino Médio completo      |
| ( ) Ensino Fundamental incompleto | ( ) Ensino Superior incompleto |
| ( ) Ensino Fundamental completo   | ( ) Ensino Superior completo   |
| ( ) Ensino Médio incompleto       | ( ) Outros _____               |

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/união estável ( ) Separado ( ) Viúvo

Renda mensal:

- |                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| ( ) Desempregado   | ( ) Até 1 salário       |
| ( ) 1 a 3 salários | ( ) Acima de 3 salários |

### **2. CINÉTICA DO TRAUMA**

Envolvidos: ( ) Automóvel ( ) Caminhão ( ) Moto  
 ( ) Pedestre ( ) Bicicleta ( ) Outro \_\_\_\_\_

Uso de capacete: ( ) SIM ( ) NÃO

Uso de bebida alcoólica: ( ) SIM ( ) NÃO

Possui CNH: ( ) SIM ( ) NÃO

Tempo de internação hospitalar: \_\_\_\_\_

### **3. TRABALHO E/OU ESTUDO**

Retorno ao trabalho: ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, tempo de retorno: \_\_\_\_\_

Retorno aos estudos: ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, tempo de retorno: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – Formulário destinado ao cuidador familiar da vítima de TCE.****IDENTIFICAÇÃO**

Código: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Grau de parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_  
 Nome da vítima: \_\_\_\_\_  
 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino



**TÍTULO:** INTERVENÇÃO DE TERAPIA DE GRUPO NO CICLO VITAL FAMILIAR PÓS TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: CONSTRUÇÃO, PERCEPÇÕES E VIABILIDADE

**Pesquisadora:** Lyvia de Jesus Santos

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Código: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Grau de parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_  
 Você é o cuidador principal? ( ) Sim ( ) Não  
 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino  
 É o chefe da família: ( ) Sim ( ) Não  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade:  
 ( ) Não letrado ( ) Ensino Médio completo  
 ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Superior incompleto  
 ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Superior completo  
 ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/união estável ( ) Separado ( ) Viúvo  
 Renda mensal:  
 ( ) Desempregado ( ) Até 1 salário  
 ( ) 1 a 3 salários ( ) Acima de 3 salários

**2. INTERNAÇÃO**

Acompanhou a vítima no hospital: ( ) Sim ( ) Não

**3. REABILITAÇÃO**

Acompanha na reabilitação: ( ) Sim ( ) Não

**APÊNDICE E – Roteiro de observação**

<b>Sujeito</b>	<b>Observação</b>

## APÊNDICE F – Produções em congressos e capítulo de livro

Ao longo desses quatro anos de doutorado foram desenvolvidos diversos trabalhos que resultaram na produção científica abaixo listada:

Apresentação oral: 19ª Congresso Brasileiro de Transporte e trânsito, Brasília, 2013. **Chega de acidente você pode mudar o rumo dessa história.** Hora EC, Teles GOC, Santos LJ, Pimentel AV, Carvalho TPV, Souza GO, Santos ACFS.

Capítulo de Livro: Hora EC, Santana LV, Santos LJ, Souza GO, Pimentel AV, Bezerra NTC, Doria SRF, Carvalho TPV, Mendes Júnior AA, Rodrigues JA, Lopes RJP, Fakhouri R. **Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury.** Sadaka F, Quinn T, organizador. Traumatic Brain Injury Croácia EU: InTech; 2014, p. 467-490.

Comunicação livre: Congresso internacional de enfermagem de reabilitação – Associação Portuguesa dos enfermeiros de reabilitação. Caldas da Rainha/Portugal, 2014. **“Reviva”: projeto de iniciação universitária na assistência de reabilitação em enfermagem.** Santos ACFS, Mota ECH, Santos LJ, Santos VFS.

Comunicação livre: Congresso internacional de enfermagem de reabilitação – Associação Portuguesa dos enfermeiros de reabilitação, Caldas da Rainha/Portugal, 2014. **“Reviva”: projeto de iniciação universitária na assistência de reabilitação do trauma e psicoterapia.** Santos LJ, Mota ECH, Santos ACFS, Santos VFS.

Anais: 67º Congresso Brasileiro de Enfermagem, e 4º Colóquio latino americano de história da enfermagem. Belém – PA, 2015. **Atuação da enfermagem de reabilitação no “Reviva”.** Santos ACFS, Mota ECH, Santos LJ, Melo KC, Cruz MAS, Oliveira IAF.

Painel: XI Congresso Pan-americano e ibérico de Medicina Crítica e Terapia Intensiva, VIII Congresso Panamericano e Ibérico de Enfermeria Intensiva, XXI Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, Porto Alegre-RS, 2016. **Qualidade de vida pós traumatismo cranioencefálico decorrente de acidente de trânsito.**

Pinheiro FGMS; Compertino FD, Costa SM, Vaez AC, Santos LJ, de Paula CLP, Krempel MRB, Mendonça PHA.

**APÊNDICE G – Artigo aceito Revista Psicologia e Saúde**

**HOSPITALIZAÇÃO E RETORNO PARA CASA: DINÂMICA DE GRUPO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO**

HOSPITALIZATION AND HOME RETURN: GROUP DYNAMICS IN TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS' PERCEPTIONS

HOSPITALIZACIÓN Y REGRESO A CASA: DINÁMICAS DE GRUPO EM LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA

Santos LJ, Mota ECH, Souza GO, Henriques MCL, Góis EMS, Santos ACFS

**Resumo**

O estudo busca conhecer as percepções dos pacientes com Traumatismo Cranioencefálico (TCE) quanto à temática da hospitalização e do retorno para casa. A pesquisa contemplou uma abordagem qualitativa, empírica, intervencionista e grupal, com levantamento de dados baseado em dinâmicas que incentivavam os participantes a expressar em figuras os sentimentos relacionados ao objeto do estudo, e a discorrer sobre eles. A amostra compreendeu 10 indivíduos com TCE, atendidos no Programa de Reabilitação do Trauma do Hospital Universitário de Sergipe. Os dados categorizados e interpretados sob a perspectiva da Teoria Psicanalítica Freudiana. Os resultados demonstram que o processo de acolhimento em grupo é favorável para compartilhar as aflições e enfrentar o processo de adoecer; o grupo de terapia auxilia na busca de estratégias para enfrentar o convívio familiar; os conhecimentos adquiridos possibilita o alívio das angústias e contribui para o enfrentamento das dificuldades diárias e para o aumento na qualidade de vida.

**Palavra-chave:** Traumatismo cranioencefálico; Psicoterapia de grupo; Psicanálise; Relações familiares.

**Abstract**

This study seeks to understand traumatic brain injury (tbi) patients' perceptions concerning hospitalization and home return. It's a qualitative, empirical, interventional and group research, with data collection based on dynamic group that encouraged participants to express in figures the feelings related to the object of study, and discuss about them. The sample included 10 individuals with TBI, registered at the Trauma Rehabilitation Program University Hospital of Sergipe. Data was categorized and interpreted based on the perspective of Freudian Psychoanalytic Theory. The results demonstrate that the process of host group is favorable to share the sufferings and face the process of becoming ill; the therapy group assists in the search for strategies to tackle family life; the acquired knowledge enables the relief of anxiety and contributes to face the daily difficulties and the increase in quality of life.

**Keywords:** Traumatic brain injury; Group psychotherapy; Psychoanalysis; Family relationships.

**Resumen**

El estudio busca comprender las percepciones de los pacientes con lesión cerebral traumática (TBI) como el tema de la hospitalización y regreso a casa. La investigación incluyó un enfoque cualitativo, empírica, de intervención y el grupo, con la recogida de datos basado en dinámica que animó a los participantes a expresar

en cifras los sentimientos relacionados con el objeto de estudio, y discutirlos. La muestra incluyó a 10 personas con lesión cerebral traumática, registradas en el Hospital Universitario de Rehabilitación Programa de Trauma de Sergipe. Los datos categorizados e interpretados desde la perspectiva freudiana de la teoría psicoanalítica. Los resultados demuestran que el proceso de grupo de hosts es favorable para compartir los sufrimientos y enfrentar el proceso de enfermar; el grupo de terapia ayuda a la búsqueda de estrategias para hacer frente a la vida familiar; los conocimientos adquiridos permite que el alivio de la ansiedad y contribuye a afrontar las dificultades diarias y el aumento de la calidad de vida.

**Palabras clave:** Lesión cerebral traumática; Psicoterapia de grupo; Psicoanálisis; Relaciones familiares.

## INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é definido como qualquer agressão que acarreta lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges e/ou encéfalo. Destaca-se pelo comprometimento anatômico-funcional, cognitivo e comportamental emocional (Serna & Sousa, 2006; Barbosa et al., 2010; Brasil, 2013).

O TCE é a causa mais prevalente morbimortalidade e constitui importante problema de saúde pública, principalmente por acometer uma faixa etária de população jovem com potencialidade intelectual e econômica para o mercado de trabalho. Em termos quantitativos, verifica-se no Brasil um aumento no número de vítimas, sejam mortos ou feridos, em consequências dos acidentes de trânsito. Isso, por conseguinte, é responsável por alto índice de internação hospitalar, incapacidade e mortes, representando grande prejuízo para a sociedade (Brasil, 2001; Serna & Sousa, 2005; Sousa Filho, Xavier & Vieira, 2008; Barbosa et al., 2010; Caixeta & Minamisava, 2010).

O estudo que aborda o TCE, na maioria, limita-se a números e dados estatísticos – número de acidentes, números de sequelados, números de mortos, gastos com internações e reabilitações. A ocorrência do TCE provoca conflitos emocionais que, aparentemente se encontram recôndito, mas se tornam presentes e se comportam como fatores de conflitos que interferem na recuperação da saúde e no convívio familiar (Serna & Sousa, 2005; 2006; Hora & Sousa, 2012). As consequências podem ampliar e culminar na vivência de conflitos familiares, o que pode trazer implicações para o estado funcional da vítima, tanto nos aspectos físico, psíquico e social quanto na capacidade para reinserção social e qualidade de vida (Serna & Sousa, 2005; Hora & Sousa, 2009).

Assim, para compreender a dimensão e o envolvimento do TCE, torna-se importante que as ações sociais e da saúde estejam voltadas para a intervenção desde o período de hospitalização e o acompanhamento pós-alta, identificando a outra dimensão do ser humano, dos problemas emocionais.

Nesse sentido, torna-se fundamental o pensamento com base em uma intervenção que respeite esse caráter pluralista do TCE, considerando a vítima, sua família e a relação que se estabelece entre eles. Assim, a psicanálise desponta como abordagem factível. Segundo Roudinesco e Plon (1998), o termo psicanálise, criado por Sigmund Freud em 1896, nomeia o método particular de psicoterapia proveniente do processo de catarse, pautado na exploração do inconsciente. Apesar

do conhecimento da psicanálise como um processo individual, os trabalhos iniciais de Freud e sua vasta obra provam o contrário.

O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. (...) a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (Freud 1920, 1996, p.81).

O indivíduo convive em grupo; o primeiro é o grupo familiar. São as obras “Psicologias dos grupos”, de 1912, bem como “Totem e tabu”, de 1923, que trazem experiência de Freud com grupos e que disseminam trabalhos com outros estudiosos, a exemplo de Wilfred Bion (Sampaio, 2002).

Historicamente, a psicanálise adentrou no modelo hospitalar, no Brasil, com Matilde Neder, em 1950, que acompanhava os pacientes de trauma na reabilitação pós-cirúrgica. O resultado do seu trabalho fortaleceu a demanda e a implantação da psicanálise no enfoque hospitalar. Apesar de considerar esse fato histórico, a atuação da psicologia no meio hospitalar é recente e no âmbito de Sergipe é muito carente de profissionais (Santos & Vieira, 2012). Se essa carência for suprida, o suporte psicológico a esses pacientes auxiliará o enfrentamento frente ao processo de hospitalização, pois o modelo de atendimento psicológico no contexto familiar tem seu foco nas emoções suscitadas devido ao adoecimento. Tais emoções fazem, muitas vezes, rever seus valores, as marcas de suas histórias e resignificar vivências anteriores (Goidanich & Guzzo, 2012).

Diante do exposto, a proposta desta pesquisa foi conhecer as percepções dos pacientes com TCE no período da hospitalização e do retorno para casa, por meio da dinâmica de grupo, de modo a propor uma melhoria tanto na qualidade de vida como nos enfrentamentos das angústias do dia-a-dia.

O presente estudo justifica-se pelo trabalho pioneiro de equipe interdisciplinar no programa de extensão universitária em atendimento ao paciente com TCE e no processo de dinâmicas de grupo como linguagem subjetiva, o que pode auxiliar na compreensão das consequências do evento traumático, no processo de hospitalização e no retorno para casa, fato que direciona os participantes na criação de estratégias de enfrentamento.

## **CASUÍSTICA E MÉTODO**

Este estudo caracteriza-se como empírico, intervencionista e grupal, com abordagem qualitativa por meio de levantamento de dados utilizando-se de um grupo de terapia processual, aberto e misto. O trabalho representa uma parte dos resultados da tese de doutorado que abordou cuidadores e vítimas de TCE, sob a perspectiva familiar, quanto às sequelas sociais e psicológicas.

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório Reviva do Hospital Universitário de Sergipe, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS) sob o CAAE 13343113.0.0000.5546. O Reviva é um programa de extensão universitária que

realiza atendimento ambulatorial com equipe interdisciplinar às vítimas de TCE após alta hospitalar.

A população do estudo compreendeu vítimas de TCE atendidas no Reviva. Inicialmente, os pacientes atendidos no programa foram identificados e convidados a participar do grupo de terapia relacionado a este estudo. Todos os indivíduos abordados receberam orientações verbais e escritas a respeito de seus direitos e dos objetivos da pesquisa. Mediante concordância, os mesmos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, juntamente com a cessão de direitos.

Os riscos e desconfortos possíveis ao paciente foram mínimos. Não se descartou, no entanto, a possibilidade de ocorrer constrangimento diante do grupo. A fim de excluir tal risco, todas as etapas foram conduzidas e orientadas por uma psicóloga habilitada, e os pacientes somente se expressavam quando se sentiam à vontade para falar. Ademais, os encontros do grupo ocorreram em sala privativa.

A amostra envolveu inicialmente 15 participantes, homens e mulheres, com idade superior a 18 anos. Desses, cinco registros foram excluídos, uma vez que os sujeitos não participaram de todas as fases da pesquisa. Os dados foram coletados por meio do grupo terapêutico com dinâmicas de grupo e intervenções. A título deste artigo, foi utilizada a sessão cuja dinâmica envolveu a temática central da vivência da hospitalização e do retorno para casa, na percepção das vítimas de TCE. A sessão teve um tempo médio de duração de duas horas e os participantes foram incentivados a criar um painel com recortes de imagens de revistas, os quais representassem os sentimentos relacionados às perguntas feitas sobre o tema da sessão.

Cada participante justificou verbalmente a escolha da respectiva imagem e discorreu sobre o que sentia. Muitas vezes outros sujeitos que experienciaram dos mesmos sentimentos, compartilharam suas emoções com falas intercaladas. Intervenções oportunas foram realizadas pela psicóloga pesquisadora condutora do estudo, tanto para estimular as falas quanto para trabalhar em si a problemática associada.

Toda a sessão foi áudio registrada e anotações complementares foram minutas pela pesquisadora. As gravações foram transcritas e as falas dos sujeitos identificadas pela letra "P", seguida de um numeral (exemplo: "P01"), a fim de preservar a identidade do participante. Para identificação de gênero, foi inserida a letra 'h' (homem) ou 'm' (mulher) após aquela sequência, separados por hífen (exemplo: "P01-h").

A análise das falas procedeu-se na abordagem qualitativa da análise categorial baseada em Bardin (2004) e Minayo (2010). Nesse sentido, as falas foram agrupadas em categorias (o tema da sessão em si) e subcategorias comuns que representavam os resultados deste estudo, e interpretadas à luz da abordagem psicanalítica.

Faz-se necessário esclarecer que o intuito desse estudo não é analisar a psicanálise em sua profundidade, mas evidenciar que o grupo terapêutico retrata aspectos psicanalíticos na experiência apresentada pelo grupo que remete às conferências expostas por Sigmund Freud em seus escritos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para fins deste artigo, foi utilizada a dinâmica da primeira sessão do grupo de terapia, cuja temática central foi a vivência da hospitalização e do retorno para casa, na percepção das vítimas de TCE. O grupo foi composto por 10 pacientes com TCE, vítimas de violência urbana ou de trânsito, sendo seis homens e quatro mulheres, com idades entre 19 e 50 anos, média de 34 anos. O tempo de alta hospitalar variou de cinco dias a dois meses.

Com base nos dados coletados e analisados para a categoria “Percepção do paciente durante o processo hospitalar e do retorno para casa”, foram obtidas as subcategorias descritas na sequência. Os elementos apresentados pelos participantes na forma de recortes de imagens de revistas (FIGURA 01) subsidiaram as falas, por meio das quais os pacientes expressam sentimentos e discorrem sobre uma problemática em particular.



**FIGURA 01:** Percepção do paciente vítima de TCE ao receber notícia da alta hospitalar e o retorno para casa. Aracaju/SE, 2016.

Quando uma pessoa com TCE é admitida numa unidade hospitalar, todos os cuidados são direcionados para a evolução do quadro clínico. Passada a fase aguda, com o paciente mais estável hemodinamicamente, assume-se uma perspectiva de alta hospitalar. Numa análise geral preliminar, depreende-se que essa perspectiva de alta revela reações que os pacientes ratificaram ao explicar o porquê escolheram as figuras da colagem. Tais percepções e os sentidos atribuídos pelos pacientes apontaram seis subcategorias, a saber: em relação à família; em relação à percepção corporal; em relação à experiência hospitalar; em relação à mudança de vida; em relação à equipe de saúde; e em relação ao governo.

#### **a) Em relação à família**

A família desempenha um importante papel no processo do cuidado ao paciente. A recuperação de uma pessoa vítima de TCE pode ser um processo longo e, em muitos casos, gradual e lento. Quando se elucida a percepção da vítima de TCE no contexto de hospitalização, encontram-se referências direcionadas ao cuidador familiar (Dibai & Cade, 2009). E mesmo na ótica da vítima, sobressaem as considerações sobre a família como a atingida de forma direta e indireta, pois a mesma é vista como uma unidade funcional (Faria & Cruz, 1996; Sousa Filho et al.,

2008). Muitas falas explicitaram a importância da família no decurso dos cuidados, seja no ambiente hospitalar, seja em casa.

“...Comecei a me agarrar e querer ficar junto com todos meus amigos e [com] o grupo da igreja (...) e fiquei doido para ver todo mundo; dá uma alegria de estar junto com todos.” (P01-h)

“Tempo de paz! Eu até gritei quando ele [o médico] disse assim: ‘está de alta’. Queria voltar para casa, para a família.” (P04-m)

“... queria voltar para minha família, só isso.” (P06-h)

“Aqui é a família, que foi a benção durante todo o meu processo no hospital, que me deu apoio...” (P08-h)

“Esse aqui lembra minhas meninas e a alegria de retornar para a família.” (P09-h)

Percebe-se pelas falas que a família é vista como unidade funcional, corroborando a afirmação de Sousa Filho et al., (2008); é nessa representação da família e de seus valores que se tem o suporte entre os membros. O ponto de partida é a família, o espaço privado das relações de intimidade e afeto, em que, geralmente, pode-se encontrar alguma compreensão e refúgio, apesar dos conflitos. É na família que se aprende a obedecer as regras de convivência, a lidar com a diferença e com a diversidade (Freyre, 1989).

Freud estuda família desde suas primeiras publicações em formas de cartas dirigidas à Fliess, datadas, principalmente, do ano de 1894. Nelas, ele demonstra as interpretações dos casos em ambiente familiar, o surgimento das neuroses, angústias, depressão, melancolia dentre outros (Freud, 1950[1996]). É de Freud, também, a descoberta do complexo de Édipo e todo entrelaçamento entre pais e filhos com suas consequências.

Freud trabalha a noção de família em dois momentos. Primeiro, a família primeva [pai, mãe e filhos], sem lei, dominada por um pai terrível e violento. Podemos encontrar tal construção em seus textos: “Totem e Tabu” (1912-1913/1980), “O futuro de uma ilusão” (1927/1980) e “Moisés e o Monoteísmo” (1939/1980). Posteriormente, ele enfocará a família edípica em seus textos sobre complexo de Édipo, a saber: “Três ensaios da teoria da sexualidade” (1905/1980), “Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna” (1923/1980), “Romances familiares” (1908/1909/1980), “Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância” (1910/1980), “Um tipo especial de escolha de objeto feita pelos homens” (1910/1980), “A organização genital infantil” (1923/1980), “A dissolução do complexo de Édipo” (1924/1980), “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925/1980) (Carvalho Filho, 2010, p.20).

Além disso, desde o nascimento estamos sujeitos às relações que foram estabelecidas antes de nós e que existem e se estruturam durante nossa vida. Fica evidente, na percepção dos pacientes, que essa família não está relacionada apenas a castas de aspecto biológico, remontando à família primeva de Freud. Ao contrário, corresponde a todos aqueles sujeitos que demonstram algum tipo de vínculo e afeto recíproco, configurando a representação da família edípica de Freud,

o que, num contexto maior, remete ao processo de socialização envolvendo o convívio com a comunidade (escola, igreja, trabalho, festas e outros meios sociais).

Ademais, forma altruísta do cuidador da vítima de TCE demonstra como o paciente utiliza a família sob a forma de refúgio, alicerce no seu processo de adoecer e reabilitação. Isso também é observado em outros estudos que exploram o lado do cuidador familiar no convívio com a vítima de TCE (Knihs & Franco, 2005; Serna & Sousa, 2005; 2006; Hora & Sousa, 2012).

## **b) Em relação à percepção corporal**

A imagem corporal é a representação mental do corpo. É particular e individual, pois se baseia na realidade construída a partir da personalidade do próprio sujeito e das experiências desse nas relações sociais de convivência. As experiências corporais são perceptíveis pelos comportamentos, crenças e sentimentos, influenciados positiva ou negativamente.

Essas percepções corporais foram apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, os quais utilizam a imagem corporal como relevância social para sua formação. De modo paralelo, pode-se admitir que o trauma repercute na percepção corporal do sujeito, fato demonstrado nas em algumas das falas:

“(...) tenho uma cicatriz na perna e [outra] na cabeça. Eu não sei se vai ficar [a marca]; eu creio que não ficará nada nas pernas.” (P04-m)

“Beleza é fundamental. Eu considero! A modelo usa o corpo para ganhar o dinheiro; caminha bem, sabe usar o que tem.” (P08-h)

O conceito de beleza vem se modificando por meio dos tempos. Antes era fato intensificado na mulher, hoje a realidade perpassa o gênero, idade e condição social. A imagem corporal é hoje um tema em evidência e pode ser definida, segundo Damasceno et al. (2006), como uma construção multidimensional da estrutura corporal e da aparência física, em relação aos outros e nós mesmos.

A mudança da imagem ou da percepção corporal afeta não somente o físico e fisiológico, mas, também, o emocional. Na obra freudiana “Sobre o narcisismo: uma introdução”, datada de 1914, é remontando o conceito do ‘eu ideal’ e ‘ideal do eu’.

O eu ideal, “possuído de toda perfeição de valor”, é aquilo em direção a que surge o narcisismo do sujeito. Em outras palavras, parece-nos que o eu se constitui como tal tendo em face esta imagem de perfeição e completude, fruto, adverte-nos Freud, do próprio narcisismo dos pais. O ideal do eu, em contrapartida, seria uma nova forma de ideal, já atravessada pelos valores culturais, morais e críticos, forma através da qual o sujeito procura recuperar a perfeição narcísica de que teria outrora desfrutado. O ideal do eu seria, assim, o que o sujeito projeta diante de si como sendo seu ideal. Ao mesmo tempo, Freud refere-se à formação do ideal como o fator condicionante do recalque (Novaes, 2005, p.41).

Assim, o trauma pode afetar diversas partes do corpo e suas sequelas diferem pela experiência de cada pessoa, pelo enfoque na adaptação física após o trauma e pelas questões emocionais. Nos resultados foram identificados os sentidos de experiência que atribuem à percepção negativa da imagem corporal e das limitações da mobilidade.

Tomada pelo processo do acidente e pela fragilidade frente à nova realidade, os sujeitos percebem a importância de se adequar à nova condição física, assimilam novos conceitos de vida e reveem seus valores. Tal fato pode ser evidenciado na fala a seguir:

“... antes [se] eu cortava o cabelo um pouco demais, eu chorava... para ir pra um lugar e desse algo errado, ou que eu não gostasse, acabou a festa pra mim. (...) Hoje eu não vou mais chorar pelo que antes eu chorava; eu vejo que posso viver bem com bem menos.” (P04-m).

### **c) Em relação à experiência hospitalar**

O processo de hospitalização é experienciado como momento difícil para o paciente e para o familiar. A perda da saúde, o ambiente desconhecido, a falta dos seus parentes e amigos, a dor, o sofrimento, os ruídos, a perda da autonomia, os sons descontínuos, os vários exames, entre outros contribuem para muitas reações negativas à experiência do período de hospitalização.

“Quase morro. Mas sou muito teimosa. Fiquei com a cara roxa, um lado do rosto paralisado, mas sorrindo o tempo inteiro.” (P03-m)

“...depois da cirurgia eu tomei um remédio que fiquei todo inchado e fiquei internado mais sete dias (...) quando voltei para o hospital pensando ser algo mais grave, o médico disse que era alergia ao medicamento, então tive que tomar 3 remédios para substituir esse...” (P05-h)

No entanto, observa-se que no âmbito hospitalar, o tempo de internação admite novos contatos sociais, novas formas de trocar experiência e criar vínculos afetivos com desconhecidos. Isso é transformado em zona de conforto, o que facilita a passagem dessa etapa de vida.

“Praticamente nasci e cresci junto com eles [demais pacientes]. [Quando recebi alta hospitalar,] queria estar juntos com eles, de mãos dadas com todos os amigos, abraçando.” (P01-h)

As lembranças dos pacientes de TCE durante o período de internação também foram aspectos mencionados.

“Eu andava. Ficava conversando, mas eu não lembro assim de tudo. Também não esqueci de tudo.” (P07-m)

De modo semelhante aos achados de Alves et al. (2000), as pacientes conseguiram recordar o evento traumático, bem como também se referiram a momentos de inconsciência e de esquecimento do fato, mesmo após acordar e estar internado.

Além disso, segundo as falas dos indivíduos da pesquisa, as lembranças do período de internação estabeleceram condições que ultrapassaram os momentos de sofrimento e angústias consigo mesmo. O sentimento mais declarado é do “nascido de novo”.

“Aqui eu tava ressuscitando minha vida. Assim eu morri e vivi (...) Eu tava lá, tava ruim, queria porque queria sair. Não é à toa que tive que ficar amarrado. Eu queria voltar para casa, eu não tava em condições...” (P08-h)

“[Eu] nasci de novo, pelas angústias que passei. Eu sou um lutador, sou um vencedor...” (P06-h)

“... depois do acidente fui pra casa, passei 10 dias até minha família me levar pro hospital e lá fiquei um mês na UTI. Tive pra morrer. Deus me salvou...” (P10-m)

No livro “O futuro de uma ilusão” (1927[1996]), Freud coloca os fatores puramente pessoais da atitude para com a vida.

(...) em geral, as pessoas experimentam seu presente de forma ingênua, por assim dizer, sem serem capazes de fazer uma estimativa sobre o seu conteúdo; têm primeiro de se colocar a certas distâncias dele: isto é, o presente tem de se tornar o passado para que possa produzir pontos de observação a partir dos quais elas julguem o futuro (Freud, 1927[1996], p.15).

Para Queiroz e Oliveira (2003) a hospitalização significa uma mudança radical na rotina, provoca medos e inseguranças. Nesse momento, a reflexão sobre o valor da vida adquire mudanças no comportamento e atitude e esse fato psicológico tem importância decisiva para fornecer-lhes uma compensação.

#### **d) Em relação à mudança de vida**

As mudanças que acometem a vítima de TCE alteram o comportamento dos mesmos, pelas limitações impostas, pela esperança de continuidade de vida. É a percepção de uma “nova chance”, como demonstradas nas seguintes falas:

“E meu outro sonho era quando saísse de alta para casar. Assim que acordei e abri os olhos vi o doutor e ele disse: ‘Ei, rapaz, está tudo bom aí?’. Eu disse: ‘doutor eu to querendo casar, eu quero trabalhar para poder casar. Eu quero ir logo para casa’ (P01-h)

“... então, acho que é assim, mudou a maturidade (...) Eu vou ter que voltar a caminhar, dependo de todo mundo para tudo. Acho que vou conviver melhor com isso” (P04-m)

“Eu não tenho paciência. Não consigo trabalhar...” (P10-m)

Um dado importante é a comprovação de que o trauma, quando não é fatal, transforma a vítima que requer cuidados especializados e custos altos. Grande parte dos pacientes permanece em programas de reabilitação por apresentar deficiências e incapacidades que são temporárias ou permanentes, com conseqüente problema na economia familiar (Calil, Sallum, Domingues & Nogueira, 2009; Barbosa et al., 2010; Nunes et al., 2011).

Fica evidente, nos achados, que o trauma provocou mudanças na vida dos pacientes, seja para melhoria ou piora da qualidade de vida, ou no crescimento

emocional. É na obra intitulada “O futuro de uma ilusão”, que Freud trabalha as profundas transformações da civilização e salienta que a humanidade é capaz de modificar seu futuro por meio das experiências e conhecimentos adquiridos (Freud, 1927 [1996]).

Entretanto, quanto menos um homem conhece a respeito do passado e do presente, mais inseguro terá de mostrar-se seu juízo sobre o futuro. E há ainda outra dificuldade: a de que precisamente num juízo desse tipo as expectativas subjetivas do indivíduo desempenham um papel difícil de avaliar, mostrando ser dependentes de fatores puramente pessoais de sua própria experiência, do maior ou menor otimismo de sua atitude para com a vida, tal como lhe foi ditada por seu temperamento ou por seu sucesso ou fracasso (Freud, 1927 [1996], p.15).

### **e) Em relação à equipe de saúde**

No ambiente hospitalar, a equipe de saúde interage como um último recurso para o alívio dos sintomas, como um complemento da família. A presença da equipe de saúde é um fortalecimento da melhora de sua situação e recuperação.

“Quando eu recebi alta, eu levantei e disse ‘ai doutor me dê um abraço’ lá no meio dos amigos” (P01-h)

“Primeiramente temos que agradecer a Deus. Depois aos médicos que salvou a minha vida” (P08-h)

O simbolismo de muitos pacientes a respeito do médico é comum e, às vezes, a simples visita traz melhoras para o doente. Na rotina hospitalar várias alterações são impostas ao paciente, independente de sua vontade; é nesse momento que a equipe de saúde direciona suas ações e o médico se torna o grande responsável (Goidanick & Guzzo, 2012). Em relação aos médicos, ficou evidente que a confiança e segurança corroboram com os achados desses autores.

Na psicanálise, o processo do adoecer é favorável à relação transferencial, quando o paciente passa a se interessar por tudo relacionado ao médico, atribuindo, por vezes, muita importância e sendo um alicerce para desviar de sua própria doença (Santos, 1994). “Com isso queremos dizer uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos” (Freud, 1917 [1996], p.443).

Para Roudinesco e Plon (1998), a transferência não é um conceito puramente psicanalítico, porém é na inovação freudiana - na distinção das outras psicoterapias - a utilização desse método como instrumento da cura no processo de tratamento.

### **f) Em relação ao governo**

Verifica-se que a responsabilidade do governo não se restringe apenas ao atendimento de resgate do ato violento e ao tempo de internação. Para muitos pacientes, a responsabilidade não encerra no atendimento em si; o desafio é adquirir o meio de reparação do dano sofrido por meio da aposentadoria. Superar o tratamento de TCE pode levar muito tempo ou mesmo permanecer pelo resto da vida. Assim, deve-se entender que existem condições legalizadas para se obter a aposentadoria por invalidez.

“Espero que [a então presidente] mude o Brasil para melhor; pelo menos [em termos de] segurança. [Pois] Eu ‘tô’ aqui por injustiça de um delinquente que usou as coisas que não se deve usar e cismou comigo e soltou o cacete...” (P08-h)

“Ela [a presidente] vai colocar a gente diante das coisas inalcançáveis: aposentadoria com fé em Deus! Eu não estou podendo exercer a função que antes eu conseguia com 30 [anos] Já estou com 47!” (P08-h)

A aposentadoria por invalidez é um benefício previdenciário devido ao segurado que é totalmente incapaz para o trabalho, sem a possibilidade de reabilitação profissional que lhe garanta a sobrevivência. Sua concessão depende de carência, salvos em casos específicos descritos em lei (Brasil, 2014).

A visão da aposentadoria também se justifica pelo fato de o trabalho constituir a forma de construção da sociedade. Após a Revolução Industrial surgiu a sociedade capitalista moderna, que traz o trabalho como um processo para a felicidade. “O que pedem eles da vida e o que desejam realizar?” (Freud, 1930 [1996], p.84). Assim, nossas possibilidades de felicidade são regidas pelo princípio do prazer que domina o funcionamento do aparelho psíquico.

Esforçam-se para obter a felicidade; querem ser felizes e assim permanecer. Essa empresa [o aparelho psíquico] apresenta dois aspectos: uma meta positiva e uma meta negativa. Por um lado, visa a uma ausência de sofrimento e de desprazer; por outro, à experiência de intensos sentimentos de prazer. Em seu sentido mais restrito, a palavra ‘felicidade’ só se relaciona a esses últimos. (Freud, 1930 [1996], p.84).

Como observamos, o aparelho mental admite outras influências. “Assim como a satisfação do instinto equivale para nós à felicidade, assim também um grave sofrimento surge em nós, caso o mundo externo nos deixe definhando, caso se recuse a satisfazer nossas necessidades” (Freud, 1930 [1996], p.86). É por meio do trabalho que o indivíduo se sente valorizado e reconhecido, constrói e reforça sua identidade pessoal e social. Uma vez afetado por alguma intercorrência, esse processo no sujeito é posto em xeque.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pesquisar a relação da psicanálise no processo do paciente com TCE em dinâmica de grupo é aventurar-se no universo da realidade psíquica e seus significados. Optou-se aqui por trabalhar as noções contidas nas conferências escritas por Sigmund Freud, a fim de estimular os leitores na construção de saberes da leitura psicanalítica.

A relevância deste estudo tornou-se palpável a partir da observação de que o processo de acolhimento em grupo é favorável para compartilhar aflições e enfrentar o processo de adoecer. As falas sobre as lembranças do período de internação hospitalar e do momento do acidente são condições para aliviar os momentos de sofrimento e angústias.

Assim, o grupo de terapia com pacientes de TCE, no programa REVIVA, evidenciou que os saberes dos mesmos fortalecem sua própria autonomia, o sentimento de pertencimento, o alívio da angústia e, assim, podem contribuir para a diminuição de riscos, enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia e o aumento na qualidade de vida.

A intervenção realizada pelo psicólogo pressupõe o planejamento, reconhecimento das demandas e especificidades dos grupos e alcance dos seus objetivos. Esse estudo tem o intuito de abrir novos espaços de produção do conhecimento e a perspectiva do sujeito acerca de sua enfermidade e tratamento.

Neste sentido, elucida-se a importância da participação dos pacientes em terapia grupal, pois esta proporciona a discussão de temas que sinalizam o enfrentamento de angústias decorridas pelo processo de hospitalização e do retorno para casa.

## REFERÊNCIAS

- Alves, D., Mussi, F.C., Jeukens, M.M.F., Silva, S.C.F., Silva, E.B., & Koizumi, M.S. (2000). O que lembra o paciente com TCE sobre o período de hospitalização. Rev latino-am. Enferm, 8 (2), 91-98.
- Bardin, L. (2004). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Barbosa, I.L., Andrade, L.M., Caetano, J.A., Lima, M.A., Vieira, L.J.E.S., & Lira, S.V.G. (2010). Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em um hospital de emergência municipal. Rev.baiana de saúde pública, 34 (2), 240-253.
- Brasil, Ministério da Saúde (2001). Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência: Portaria MS / GM nº 737 de 16/05/01, publicado no DOU n.96, seção 1E, de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2013). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Casa civil (2014). Lei 13.063/2014. Brasília.
- Caixeta, C.R. & Minamisava, R. (2010). Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (4): 2075-2084.
- Calil, A.M., Sallum, E.A., Domingues, C.A., & Nogueira, L.S. (2009). Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. Rev Latino-am Enfermagem, 17 (1): 120-125.
- Carvalho Filho, J.G.T. (2010). A acepção da família na teoria psicanalítica: Sigmund Freud, Melanie Klein e Jacques Lacan. Dissertação [Mestrado Psicologia] Universidade Federal São João Del-rei.
- Damasceno, V.O., Vianna, V.R.A., Vianna, J.M., Lacio, M., Lima, J.R.P., & Novaes, J.S. (2006). Imagem corporal e corpo Ideal. Rev Bras Ci e Mov, 14 (2):81-94.
- Dibai, M.B.S., & Cade, N.V. (2009). A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. Rev. Enferm. UERJ 17 (1): 86-90.
- Faria, A.B., & Cruz, I.C.F. (1996). Diagnóstico de enfermagem em cliente com (TCE) e em seu familiar e/ou pessoa significativa. Rev. Bras. Enferm, 49 (4): 549-568.
- Freud, S. (1950[1996]). Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 217-332. Edição Standard Brasileira, Vol I.

- Freud, S. (1917[1996]). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVI: Transferencia. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 443-448. Edição Standard Brasileira, Vol XVI.
- Freud, S. (1920[1996]). Além do princípio do prazer, Psicologia de grupos e outros trabalhos. Conferência XVIII: Psicologia de grupo e a análise do ego. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 81-97. Edição Standard Brasileira, Vol XVIII.
- Freud, S. (1927[1996]). O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Conferência XXI: O futuro de uma ilusão. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 15-63. Edição Standard Brasileira, Vol XXI.
- Freud, S. (1930[1996]). O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Conferência XXI: O mal-estar na civilização. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 73-148. Edição Standard Brasileira, Vol XXI.
- Freyre, G. (1989). Nordeste. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Goidanich, M., & Guzzo, F. (2012). Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de hospitalização: O paciente cirúrgico. Rev SBPH, 15 (1): 232-248.
- Hora, E.C., & Sousa, R.M. (2009). Adaptação transcultural do instrumento Family NeedsQuestionnaire. Rev Latino-am Enfermagem, 17 (4): 541-547.
- Hora, E.C., & Sousa, R.M. (2012). Necessidades das famílias após o trauma cracioencefálico: dados da realidade brasileira. Enfermagem em foco, 2 (3): 88-92.
- Knihs, N.S., & Franco, S.C. (2005). A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado. Rev ciência, cuidado e saúde Maringá, 4 (2): 139-148.
- Minayo, M.C.S. (2010). O desafio do conhecimento. (12. ed.) São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Novaes, M.A.A. (2005). Como se faz o corpo? Considerações sobre o ideal em Freud e Lacan. Rev de psicanálise – pulsional, ano XVIII(182): 40-47.
- Nunes, M.S., Hora, E.C., Fakhouri, R., Alves, J.A.B., Ribeiro, C.O.M., & Santos, A.C.S. (2011). Caracterização de vítimas de traumatismo atendidas em um hospital de urgência. Rev enferm UFPE, 5 (9): 2136-42.
- Queiroz, M.S., & Oliveira, P.C.P. (2003). Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. Psicologia e Sociedade, 15 (2): 101-123.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sampaio, J. R. (2002). A Dinâmica de Grupos de Bion e as Organizações de Trabalho. Psicol. USP, 13(2): 277-291.
- Santos, L. J., & Vieira, M.J. (2012). Atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe. Rev Ciência e saúde coletiva, 17 (5): 1191-1200.
- Santos, M.A. (1994). A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. Temas psicol., 2 (2): 13-27.
- Serna, E.C.H., & Sousa, R.M.C. (2005). Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Acta Paul. Enferm, 18 (2): 131-135.
- Serna, E.C.H., & Sousa, R.M.C.(2006). Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev. Latinoam. Enferm, 14 (2): 183-189.

Sousa Filho, O.A., Xavier, E.P., & Vieira, L.J.E. (2008). Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante. Rev. Esc. Enferm. USP, 42 (3).

## APÊNDICE H – Artigos submetidos

### HOSPITALIZAÇÃO E RETORNO PARA CASA: DINÂMICA DE GRUPO NA PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

PERCEPTION OF VICTIMS FAMILIES WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY GROUP DYNAMICS

PERCEPCIÓN DE VÍCTIMAS FAMILIAS CON TRAUMÁTICA DEL CEREBRO DINÁMICA DE GRUPO LESIÓN

Santos LJ, Mota ECH, Góis DN, Santos ACFS, Barreiro MSC, Bezerra NTC, Cruz MAS, Barbosa SLES, Carvalho AP, Teixeira TLB.

#### RESUMO

O presente artigo busca conhecer as percepções dos familiares de vítimas com Traumatismo Cranioencefálico (TCE) quanto ao conteúdo da vivência no momento da alta hospitalar e o retorno para casa, por meio da dinâmica de grupo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, intervencionista e grupal utilizando a dinâmica de grupo como estratégia de expressar os sentimentos por meio de figuras relacionados ao objetivo do estudo. A amostra caracterizou-se por 10 cuidadores familiares de vítima de TCE, atendidos no programa de extensão universitária da Universidade Federal de Sergipe, todos do gênero feminino. Os dados obtidos foram analisados na abordagem qualitativa na análise categorial. Os resultados reforçam a necessidade de instaurar a terapia grupal que possa auxiliar nas inquietações sobre os cuidados ao paciente de TCE e a buscar estratégias para enfrentar o convívio familiar.

**Descritores:** Traumatismo Cranioencefálico; Psicoterapia de grupo; Relações familiares; Cuidadores familiares.

#### ABSTRACT

This article seeks to understand the perceptions of victims' families with Traumatic brain injury (TBI) the contents of experience at the time of hospital discharge and return home, through group dynamics. It is a descriptive, interventionist and group research using group dynamics as a strategy to express feelings through figures related to the purpose of the study. The sample was characterized by 10 family caregivers of TBI victims, attended the university extension program of the Federal University of Sergipe, all female. The data were analyzed in a qualitative approach in categorical analysis. The results reinforce the need to establish a group therapy that can assist with concerns about the care of the TBI patient and to seek strategies to cope with family life.

**Keywords:** Traumatic brain injury; Group psychotherapy; Family relationships; family caregivers.

#### RESUMEN

En este artículo se trata de comprender las percepciones de los familiares de las víctimas con lesión cerebral traumática (TBI) los contenidos de la experiencia en el

momento del alta del hospital y volver a casa, a través de dinámicas de grupo. Se trata de una investigación descriptiva, intervencionista y de grupo usando la dinámica de grupo como estrategia para expresar sentimientos a través de figuras relacionadas con el objetivo del estudio. La muestra se caracterizó por 10 cuidadores de víctimas de TBI de la familia, asistió al programa de extensión universitaria de la Universidad Federal de Sergipe, todas mujeres. Los datos fueron analizados en un enfoque cualitativo en el análisis categórico. Los resultados refuerzan la necesidad de establecer una terapia de grupo que puede ayudar con la preocupación por el cuidado del paciente de TBI y de buscar estrategias para hacer frente a la vida familiar.

**Palabras clave:** lesión cerebral traumática; La psicoterapia de grupo; las relaciones familiares; cuidadores familiares.

## INTRODUÇÃO

Entende-se por Traumatismo Cranioencefálico (TCE) qualquer forma de agressão que provoca lesão anatômica no couro cabeludo, crânio, meninges e/ou encéfalo, podendo comprometer as funções cognitivas, comportamentais e funcionais e resultar em disfunções físicas e psicológicas para a vítima e em comprometimento social de toda a família<sup>1-9</sup>. Em outras palavras, o trauma constitui mais que sintomas; o efeito físico e até mesmo a morte provocada pelo TCE ocultam outros sentidos geralmente esquecidos, a exemplo dos conflitos ocasionados na família.

Entende-se por família uma instituição social que transforma seu conceito por meio da estrutura, cultura e funções de cada época e sociedade, sendo, portanto, difícil encontrar uma definição que seja universal<sup>10</sup>. Essa mesma visão é descrita por Faro<sup>11</sup>, quando menciona que pensar e repensar sobre família, defini-la e compreendê-la, é uma tarefa complexa e difícil.

Historicamente, existem diversas formas de se pensar a família, descrita pela literatura científica. Ângelo e Bousso<sup>12</sup> conceituam família como um sistema ou uma unidade, cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, com presença ou não de crianças que necessariamente não precisam ser de um único pai, devendo existir, portanto, um compromisso e um vínculo entre seus membros. Essas famílias incluem todo um conjunto de vínculos interpessoais desse indivíduo que compreende além da família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e práticas sociais<sup>13</sup>.

Faria e Cruz<sup>14</sup> (p. 551) ressaltam que no “contexto familiar, costuma-se dizer que a dor de um é a dor de todos”. Com base nessa premissa, infere-se que, na instituição família, o sucesso ou o fracasso é influenciado pelo contexto adquiridos dentro do grupo familiar, seus comportamentos e hábitos o qual estão inseridos.

No caso do TCE, as mudanças na estrutura familiar por ele provocadas refletem no comportamento, na economia e na renda, fato que, no conjunto, afeta a estrutura familiar e seu ciclo de vida. Ademais, com a demanda do processo de recuperação, a família sofre mudanças sociais e ocupacionais<sup>2,9</sup>. Para Serna e Sousa<sup>15</sup> o evento do TCE causa mudanças de papéis no contexto familiar: os sentimentos variam de frustração e impotência, a culpa e raiva pelo ocorrido. A família sofre tanto quanto, se não mais do que as próprias vítimas.

Nos estudos de Hora e Sousa<sup>3</sup> sobre as necessidades das famílias após o evento do TCE observou-se, dentre outros assuntos, que a dificuldade de entender o comportamento do paciente vítima de TCE e a falta de informação sobre a saúde demonstra uma grande necessidade para melhor relação familiar e entendimento do caso. Os elevados custos do tratamento da vítima de TCE acarretam problemas financeiros aos familiares, bem como estresses contínuos, desemprego, habitação deficiente, nutrição e cuidados médicos inadequados. As consequências emocionais que acarretam esses familiares levam até a depressão.

Por outro lado, a participação da família no contexto saúde, seja ela da criança, do adolescente, do adulto ou do idoso, apresenta relevância por configurar o tratamento no cotidiano do paciente como suporte de cuidados e autoestima que se somam no processo de reabilitação<sup>7</sup>. A família é, portanto, transformada como promotora da saúde em parceria com a equipe de saúde e contribui para o cuidado contínuo no suporte e apoio emocional<sup>16</sup>.

Assim, a família integra a equipe interdisciplinar para que, juntos, encontrem caminhos para facilitar a aprendizagem e os processos específicos do processo de cuidado e reabilitação, tomando como base motivações, capacidades e interesses individuais dentro de seu contexto familiar e sociocultural<sup>7</sup> (p.45).

Dessa forma, a intervenção junto à família tem como objetivo ajudá-la a modificar a forma de visualizar o problema (doença) e auxiliar os seus membros a escolher opções para resolver seus conflitos.

Esse processo do adoecer desperta interesse de pesquisadores em estudar o cuidador/familiar que acompanhará esse paciente em seu processo de cuidar<sup>2,4,14,16-18</sup>.

Nesse sentido, Este estudo buscou conhecer as percepções dos familiares de pacientes com TCE no momento da alta hospitalar e do retorno para casa. Os sujeitos da pesquisa são familiares e cuidador acompanhantes dos pacientes atendidos no ambulatório Reviva do Hospital Universitário de Sergipe. Para compreender de que modo vivenciam suas percepções no contexto familiar, foi realizado um grupo terapêutico aberto e intervencionista utilizando a dinâmica de grupo.

O estudo justifica-se pela inexistência de pesquisas que proporcionem as dinâmicas de grupo como linguagem subjetiva que pode auxiliar na compreensão das consequências do evento traumático no processo de alta hospitalar e retorno para casa dos pacientes vítimas de TCE na percepção dos familiares, e direcionar os participantes a criação de estratégias de enfrentamento.

## **CASUÍSTICA E MÉTODO**

Este é um estudo descritivo intervencionista e grupal, com abordagem qualitativa por meio de levantamento de dados utilizando-se de um grupo de terapia processual, aberto e misto. O trabalho representa uma parte dos resultados da tese de doutorado que abordou cuidadores e vítimas de TCE, sob a perspectiva familiar, quanto às sequelas sociais e psicológicas. A acepção de família aqui utilizada envolve aquela composta por união de laço consanguíneo ou por casamento.

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório Reviva do Hospital Universitário de Sergipe, um programa de extensão universitária que realiza atendimento ambulatorial com equipe interdisciplinar às vítimas de TCE após alta hospitalar. A concessão metodológica foi dada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS) sob o CAAE 13343113.0.0000.5546.

Para este estudo, a população englobou os familiares que acompanharam as vítimas de TCE atendidas no programa Reviva. Uma vez identificados e convidados a participar do grupo de terapia relacionado a este estudo, os indivíduos receberam orientações verbais e por escrito sobre os objetivos da pesquisa e os direitos a ela relacionados. O aceite das condições propostas foi formalizado pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e da cessão de direitos.

Muito embora houvesse a possibilidade de haver constrangimento do familiar diante do grupo, os riscos e desconfortos possíveis foram minimizados pela condução e orientação de todas as etapas por uma psicóloga habilitada, com encontros do grupo em sala privativa. Além disso, a manifestação verbal por parte do familiar somente ocorreu quando o mesmo sentiu-se à vontade para se expressar.

A amostra inicial elencou 15 participantes de ambos os gêneros, com idade superior a 18 anos, dos quais apenas 05 participantes não deram continuidade às sessões, sendo, portanto, excluídos do trabalho final. Para o levantamento dos dados foi utilizado o grupo terapêutico com dinâmicas de grupo e intervenções. A título deste artigo, foi utilizada a sessão cuja dinâmica envolveu a temática central da vivência da hospitalização e do retorno para casa, na percepção dos familiares de vítimas de TCE. A sessão transcorreu ao longo de duas horas, em média, durante as quais os participantes foram incentivados a criar e discorrer sobre um painel com recortes de imagem de revistas, cuja representação traduzisse o que sentiam com relação às perguntas da sessão. Intervenções oportunas foram realizadas pela psicóloga pesquisadora condutora do estudo, tanto para estimular as falas quanto para trabalhar em si a problemática associada.

Todas as falas foram registradas em áudio, bem como em um roteiro de observação por parte da pesquisadora. As gravações foram transcritas e as falas identificadas pela letra "F", seguida de um numeral (exemplo: "F01"), a fim de preservar a identidade do participante.

O procedimento da análise das falas foi realizado por meio da abordagem qualitativa da análise categorial baseada em Bardin<sup>19</sup> e Minayo<sup>20</sup>. O colóquio foi agrupado em subcategorias simples que simbolizam os resultados apresentados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para fins deste artigo, foi utilizada a dinâmica da primeira sessão do grupo de terapia, cuja temática central foi a vivência da hospitalização e do retorno para casa, na percepção dos familiares de vítimas de TCE. O perfil descritivo da amostra de familiares das vítimas de TCE que constituiu este trabalho é apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1:** Perfil descritivo da amostra de cuidadores familiares de vítimas de TCE em seguimento ambulatorial REVIVA/HU-UFS. Aracaju/SE, 2016.

Identificação	Idade	Grau de parentesco	Chefe da família pós TCE	Escolaridade
F01-f	49	Mãe	Sim	Não letrado
F02-f	54	Tia	Sim	Ensino Fundamental incompleto
F03-f	39	Irmã	Sim	Ensino fundamental incompleto
F04-f	37	Mãe	Sim	Não letrado
F05-f	37	Esposa	Sim	Ensino fundamental incompleto
F06-f	39	Esposa	Sim	Ensino fundamental incompleto
F07-f	42	Prima	Não	Não letrado
F08-f	48	Esposa	Sim	Não letrado
F09-f	42	Prima	Sim	Ensino fundamental incompleto
F10-f	26	Prima	Não	Ensino médio

O grupo foi composto por 10 familiares de pacientes com TCE, vítimas de violência urbana ou de trânsito. O perfil de gênero foi essencialmente feminino, envolvendo esposas (03), primas (03), mães (02), irmã (01), tia (01). Esse predomínio absoluto do cuidador do gênero feminino corrobora com outros estudos<sup>2-4,16,18,21</sup>. A idade dos participantes variou entre 26 e 54 anos, média de 41,5 anos. Esses dados corroboram com estudos de<sup>21-27</sup>.

Constatou-se que a maioria dos cuidadores familiares se configura como provedores do lar após seu familiar ser vitimado de TCE (apenas dois não o são), sendo responsáveis pelos cuidados na saúde afetada e provimentos econômicos no lar. Todos os familiares informaram que acompanharam todo o processo de internação hospitalar e reabilitação. Quanto à escolarização, a maior parte tem ensino fundamental incompleto ou não é analfabetizada.

A partir da análise de todo material produzido na sessão de grupo terapia (produção visual e verbal, posteriormente transcrita), e com base na sistematização realizada para análise categorial das respostas qualitativas, chegou-se a categoria **“Percepção do familiar/cuidador ao receber notícia da alta hospitalar e o retorno para casa”** delinear-se as subcategorias que seguem, com núcleos de sentidos demonstrados em falas, por meio das quais os familiares exprimiram seus sentimentos sobre representados em recortes de imagens de revistas (Ilustração 01), acerca da problemática tema.

**Ilustração 1** - Percepção de familiares de vítimas com TCE acerca da hospitalização e do retorno para casa. Aracaju/SE, 2016.



A simbologia das imagens, associadas às respectivas falas explicativas, manifesta sentimentos atribuídos pelos familiares que foram apresentados em quatro subcategorias, a saber: em relação à hospitalização; em relação à alta; em relação a voltar para casa; em relação à fé.

#### **a) Em relação à hospitalização**

A ocorrência de um evento traumático e a necessidade de cuidados hospitalares geram na família um movimento organizacional que reflete na atenção direcionada aos cuidados com a vítima. Nesse sentido, afetividade e obrigação são requisitos para os familiares acompanharem os pacientes no processo de hospitalização. Por outro lado, evidencia-se um sentimento ambíguo de compaixão e gratificação<sup>28</sup> e, nesses termos, a família passa a ter importância decisiva nessa fase crítica da vida<sup>27</sup>.

Essa afetividade em acompanhar seu familiar esteve presente nos relatos dos participantes, como evidenciado nas falas que seguem:

*“(...) no momento que fui vê-lo eu não sabia se ele estava vivo ou morto, e as pessoas diziam: ‘calma que seu filho tá vivo’(...). E quando ele acordou, ele virou uma criança. (...) Tinha uma senhora que me pediu ajuda para trocar o outro [paciente]; quando eu ia ajudar, ele sentia ciúmes, sempre sente ciúmes; ele dizia: ‘não é pra sair de perto de mim; fique aqui, porque aqui é o seu lugar!’ Eu dizia: ‘rapaz, não é assim não...’” (F01-f).*

*“(...) a mulher estava grávida. Foi muito difícil (...) eu dedico minha vida para ajudar as pessoas que precisa e no momento que ele se acidentou eu esqueci do meu esposo, esqueci os meus filhos e me dedico a cuidar dele...” (F09-f).*

A tradução dessas falas encontra respaldo nos achados de Dibai e Cade<sup>18</sup>, quando enfatizam que “os acompanhantes revelaram certa forma de prazer e sentimento de perseverança quando desempenhavam esse papel [de cuidador]” (p.87). Nesse sentido, demonstra-se claramente que o TCE não afeta apenas o sujeito vitimado, mas também a família<sup>2,4,16,18,27,29,30,31</sup>. Sendo assim, no contexto familiar, aprender novas habilidades para lidar com o paciente acometido de TCE faz com que a família se depare com problemas emocionais.

Por outro lado, a obrigação de acompanhar o familiar hospitalizado, conforme apontam Dibai e Cade<sup>18</sup>, não é tarefa fácil e nem todos os membros da família estão preparados para enfrentá-la, principalmente nos casos de vítimas de TCE, já que a família é atingida de forma direta e indireta, tendo em vista que a doença neurocirúrgica surgiu de maneira súbita, surpreendendo ambos, paciente e família. As facetas conturbadas dessa obrigação podem ser observadas nas falas dos familiares, como seguem:

*“(...) e foi uma luta grande. (...) ninguém dorme. Quando eu sentava ou quando eu queria caminhar para disfarçar o sono, ele queria que eu tivesse perto dele e o cuidado era de criança mesmo ... ” (F01-f).*

*“(...) quem ficou com ela no tempo do acidente foi meu irmão. Ele que conviveu com ela. Eu só acompanho ela para vim aqui. Eu só fui pro hospital com ela e aqui... ” (F03-f).*

*“(...) quando saiu da UTI e foi para enfermaria, eu cochilava numa cadeira porque eu não dormia. Eu cochilava...” (F08-f).*

Diante disso, subentende-se que a experiência do processo de adoecer para esses familiares acarretou em desgastes físicos e emocionais, os quais demonstraram que, durante a permanência no hospital, a falta de estrutura da instituição em oferecer acomodações para melhor adequação desses familiares como acompanhantes gera tais desgastes<sup>29,32-38</sup>. Nesses termos, segundo Beuter et al.<sup>28</sup>, o prolongamento da hospitalização geralmente incute como consequência a sobrecarga do acompanhamento.

## **b) Em relação à alta**

O momento da alta hospitalar corresponde a sentimentos de alegria, alívio pela recuperação, retorno ao lar e ao convívio com os familiares.

*“(...) não preciso nem dizer, né [que estou feliz pela alta hospitalar de meu filho]...” (F01-f).*

*“(...) quando deu alta eu me senti alegre, livre. Tinha que sair dali, que estava livre que agora íamos pra casa...” (F08-f).*

*“(...) no dia que soube que ele ia sair do hospital eu só fazia sair na rua gritando. Eu fiquei assim parecendo uma doida e gritava (que ele) saiu do hospital, ele tá de alta... eu não conseguia dormir, só pulando. Todo o povo que eu via abraçava e beijava mas a alegria era vê-lo voltar...” (F09-f).*

Percebe-se nas falas dos sujeitos o alívio e alegria ao receber a alta hospitalar e retornar para casa. No entanto, esse retorno deve ser seguido por um

planejamento de ‘planos de cuidados’, apesar de, na prática, não se observar essa atividade como algo essencial na promoção do acolhimento ao paciente de TCE.

Nos resultados deste estudo, não ficou demonstrado nas falas dos familiares a percepção sobre a necessidade de um planejamento para a alta hospitalar e para os cuidados posteriores com os pacientes. Talvez essa não percepção esteja relacionada à sobreposição dos sentimentos de alívio e felicidade em detrimento do que está por vir, fato que pode ser representado pela fala de um familiar ao reportar o momento da alta ao sentimento de *“sensação de um peso que tirou das minhas costas...”* (F08-f).

### c) Em relação ao retorno para casa

Ainda que o período de hospitalização seja estressante para a família, o retorno do doente para casa também gera angústia e ansiedade. Estudos têm demonstrado que a família é fonte de apoio fundamental nesse período, mas tende a desenvolver sentimentos que podem variar de frustração a impotência<sup>15,27,29,34-37</sup>.

*“(...) quando chegou em casa foi tratado como uma criança. Foi uma luta pela recuperação dele, porque ele sempre dizia que tava morrendo, sentia que estava chegando o dia dele...”* (F01-f).

Após a alta, os pacientes acometidos por TCE continuam com necessidades de cuidados especiais para promover sua reabilitação. A presença da família nesse processo dará suporte e apoio emocional e, na maioria das vezes, assume o papel de continuidade da assistência<sup>16,27,39</sup>.

*“Aqui coloquei a família porque assim que ela chegou (choro) as amigas, as irmãs dela (choro) eu só me perguntava: como vai ser? O que eu posso fazer por você?”* (F04-f).

Segundo Beuter et al.<sup>28</sup>, o apoio dos amigos em momentos de doença e sofrimento, pode ajudar a diminuir o sentimento de desamparo no familiar. O sentimento de desamparo pode ser percebido na fala:

*“(...) a dor era muito grande, porque trabalhava com uma senhora de 94 anos, cansada do dia-a-dia, o estresse também, noites sem dormir...”* (F08-f).

Por outro lado, assumir o papel de cuidador provoca consequências adversas na pessoa que o faz. Estudos têm demonstrado que a negatividade vivenciada pelo familiar em decorrência dos cuidados com o paciente de TCE evidenciam sentimentos de culpa, raiva e depressão<sup>4,15,33-37,40</sup>.

Para Knih, Franco<sup>16</sup>, ao chegar em casa, *“a família percebe que a realização do cuidado é mais complexa do que se imagina”* (p.143). Além disso, entende que *“cuidar não é tarefa fácil”*, e *“exige uma mudança radical na vida de quem cuida”*, segundo Hora et al.<sup>1</sup> (p.344). Com base nos depoimentos obtidos a partir deste estudo, ficou demonstrado o momento em que a família se expõe à realidade de suas limitações.

*“(...) sei que a luta do dia a dia aumentou...”* (F07-f).

*“Eu me senti com dois lados: ter que visitar, cuidar e trabalhar. Eu me sentia assim (...) foi uma luta, luta grande ...”* (F08-f).

*“Então quando a gente vê um acidente se põe no lugar da família, não é fácil porque fica a família sem apoio. Uma família que precisa de apoio precisa de alguém que esteja ali muito fiel, muito devoto.” (F09-f).*

No contexto familiar essas mudanças podem provocar aumento significativo nos conflitos familiares devido, principalmente, ao fato de as vítimas de TCE poderem apresentar incapacidades funcionais e comportamentais. Outro fator que vale destacar refere-se à questão econômica: a maioria das vítimas é provedora do lar e se encontra afastada dos serviços laborais devido ao TCE, e até o final da coleta de dados não havia retornado às atividades laborais. Isso corrobora com os estudos que demonstraram alterações nos papéis sociais dos familiares diante da vítima de TCE<sup>4,33,34,35,41</sup>.

#### **d) Em relação à fé**

Esta subcategoria abrange o significado da religião como um poder superior, cuja importância demonstra a segurança que proporciona força e esperanças ao familiar<sup>28,42</sup>. Com isso, percebe-se que algumas pessoas têm a habilidade de encontrar aceitação que traga sentido à vida e promova alívio ao sofrimento; em outras palavras, é como se, pela fé, ela alcançasse dentro de si uma força grande que é capaz de resolver muitas situações da vida. Nesse sentido é que se afirma que as crenças religiosas e espirituais proporcionam possibilidades de respostas aos dramas existenciais de doenças e da morte<sup>43</sup>.

Faria e Seidl<sup>44</sup> observaram que os familiares atribuem a Deus a resolução dos problemas de saúde e recorrem ao ‘Senhor Salvador’ como o recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-lo. Essa apologia ao divino também foi demonstrada nas falas dos participantes deste estudo:

*“(...) eu dizia: ‘meu Senhor, e agora o que eu faço’?...” (F01-f).*

*“(...) com fé em Deus, a gente pede sempre a Deus para não cair. Eu tinha fé dele chegar em casa, porque sem a fé em Deus não dá certo!” (F06-f).*

*“(...) pedir a Deus, se agarrar no nome de Deus, era isso que eu sentia...” (F08-f).*

*“(...) digo todo dia que ali foi milagre, porque quem viu pelo que ele passou para ver hoje [que ele está bem]...” (F09-f).*

A fé é a forma mais utilizada como conforto e consolo para superar os eventos conflitantes na relação familiar; em ampla análise, é o enfrentamento pela cultura de atribuir a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde. Acessar as crenças religiosas e espirituais proporciona significados às respostas da doença e à possibilidade de morte para os familiares<sup>3,28,43,44</sup>.

Knihs e Franco<sup>16</sup> demonstram que a presença da família durante o adoecer revela os vínculos afetivos existentes, como os valores sociais e religiosos. Para Bousso et al.<sup>43</sup>, a busca de recursos religiosos para compreender o processo de doença torna a religiosidade o conforto para as famílias.

## **CONCLUSÃO**

Os discursos dos participantes revelaram que a atenção que os familiares demonstram sobre o cuidar do paciente com TCE hospitalizado não é tarefa fácil, que o momento da alta é o mais esperado com sensação de alívio, assim como a volta para a casa apresenta outros tipos de preocupações como os cuidados especiais na promoção da saúde e recuperação que acarretam em desgastes físicos e emocionais do cuidador.

A fé é o aporte utilizado como sustentáculo para vencer os desafios da vida e do cuidar do paciente com TCE, abrangendo não apenas o processo do adoecer, mas toda uma forma de superar as adversidades da vida.

Observa-se que o processo de acolhimento e trabalho em grupo é favorável para compartilhar aflições e enfrentar o processo de adoecer, e aponta novas expectativas para socialização dos conflitos apresentados pelos pacientes e familiares nas questões diárias de convivência, sobretudo por contribuir para melhoria na qualidade de cuidados de saúde dos pacientes vítimas de TCE. O planejamento de ações direcionadas tornam-se mais efetivas à medida que estabelece as necessidades de cada membro do grupo diante da temática estabelecida de forma a utilizar as intervenções terapêuticas com criatividade e motivação respeitando a singularidade de cada membro.

Embora não tenha sido discutida nesse artigo a adesão do familiar ao tratamento de reabilitação do paciente vítima com TCE em relação ao prognóstico, nota-se que o grupo de terapia poderá auxiliar na adesão do paciente ao tratamento e na qualidade de vida de ambos, paciente e familiares, por estimular a fala das angústias e a troca de experiência.

## REFERÊNCIAS

1. Hora EC, Sousa RMC, Alvarez REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. *Rev. Esc Enferm USP*. 2004; 39(3), 343-349.
2. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13 (1), 93-98.
3. Hora EC, Sousa RMC. Necessidades das famílias após o trauma crânio-encefálico: dados da realidade brasileira. *Enfermagem em foco*. 2012; 2(3), 88-92.
4. Serna, ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev. Latinoam. Enferm*. 2006; 14(2), 183-189.
5. Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LJES, Lira SVG. Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em um hospital de emergência municipal. *Rev.baiana de saúde pública*. 2010; 34 (2), 240-253.
6. Arruda BP, Akamatsu PYF, Xavier AP, Costa RCV, Oliveira A, Gláucia S, Madaleno IMP. Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. *Acta fisiátrica*. 2015; 22 (2), 55-59.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Estatística de mortalidade por causa externa no Brasil: Brasília; 2015.
8. Janzen EP, Walz R, Lin K. Cross-cultural adaptation of the scabi instrument for cognitive-linguistic abilities after traumatic brain injury. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2015 73(11), 939-945.

9. Moll AVS. Perfil do atendimento dos pacientes com traumatismo cranioencefálico nos hospitais de urgência e emergência sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Mapas, tab, Graf. 2015.
10. Althoff CR. Pesquisando família: a experiência da enfermagem na UFSC. *Fam Saúde Desenv*, 1999; 1 (1/2), 49-56.
11. Faro ACM. Atividades realizadas no domicílio pelo cuidador familiar da pessoa com lesão medular. *Rev Paul Enf*. 2001; 20 (2), 33-43.
12. Ângelo M, Bousso RS. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In *Manual de Enfermagem*. IDS. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 2005: 14-17.
13. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. Trad. de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
14. Faria AB, Cruz ICF. Diagnóstico de enfermagem em cliente com (TCE) e em seu familiar e/ou pessoa significativa. *Rev. Bras. Enferm*. 1996; 49 (4), 549-568.
15. Serna, ECH, Sousa RMC. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Acta Paul. Enferm*. 2005; 18(2), 131-135.
16. Knihs NS, Franco SC. A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado. *Rev ciência, cuidado e saúde Maringá*. 2005; 4(2), 139-148.
17. Sousa Filho OA, Xavier EP, Vieira LJE. Hospitalização na óptica do acidentado e trânsito e de seu familiar-acompanhante. *Rev. Esc. Enferm*. 2008; 42(3), 539-46.
18. Dibai MBS, Cade NV. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. *Rev. Enferm*. 2009; 17 (1), 86-90.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 14. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2014.
21. Fortune DG, Rogan CR, Richards HL. A structured multicomponent group programme for carers of people with acquired brain injury: Effects on perceived criticism, strain, and psychological distress. *British Journal of Health Psychology*. 2016; 21: 224–243.
22. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira, LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(4), 2075-2084.
23. Parreira JG, Gregoruti F, Perlingeiro JAG, Solda SC, Asser JC. Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2012; 58(1), 76-81.
24. Paixão LMMM, Contijo ED, Drumond E de F, Friche AA de L, Caiaffa WT. Acidentes de trânsito em Belo Horizonte: o que revelam três diferentes fontes de informações, 2008 a 2010. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(1), 108-122.
25. Boaventura LC, Borges HC, Ozaki AH. Assessment of the burden of adult wheelchair-bound patients with neurological disabilities on the caregivers. *Ciência e saúde coletiva*. 2016; 21(10): 3193-3202.
26. Saban KL, Griffin JM, Urban A, Janusek MA, Pape TL, Collins E. Perceived health, caregiver burden, and quality of life in women partners providing care to veterans with traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2016; 56(6): 681-692.
27. Anke A, Manskow US, Friberg O, Roe C, Arntzen C. The family experiences of in-hospital care questionnaire in severe traumatic brain injury (FECQ-TBI): a validation study. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16(1): 675.

28. Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Escola Anna Nery*. 2012; 16(1): 134-140.
29. Doser K, Noruo A. Caregiver burden in Danish family members of patients with severe brain injury: the chronic phase. *Brain Inj*. 2016; 30(3): 334-42.
30. Orff HJ, Hays CC, Twamley EW. Multivariate assessment of subjective and objective measures of social and family satisfaction in veterans with history of traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2016; 53(5): 541-550.
31. Lorenz L, Katz G. Severe brain injury in Massachusetts: assessing the continuum of care. *Issue Brief (Mass Health Policy Forum)*. 2015; 10(45): 1-62.
32. Lane KS, St Pierre ME, Lauterbach MD, Koliatsos VE. Patient profiles of criminal behavior on the context of traumatic brain injury, *J Forensic Sci*. 2016.
33. Formisano R, Longo E, Azicnuda E, Silvestro D, D'Ippolito M, Truelle JL, Von Steinbüchel N, Von Wild K, Wilson L, Rigon J, Barba C, Forcina A, Giustini M. Quality of life in persons after traumatic brain injury as self-perceived and as perceived by the caregivers. *Neurol Sci*. 2016: 1-8.
34. Kratz AL, Sander AM, Brickell TA, Lange RT, Carlozzi NE. Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. *Neuropsychol Rehabil*. 2017; 27(1): 16-37.
35. Carlozzi NE, Brickell TA, French LM, Sander A, Kratz AL, Tulskey DS, Chiaravalloti ND, Hahn EA, Kallen M, Austin AM, Miner JÁ, Lange RT. Caring for our wounded warriors: a qualitative examination of health-related quality of life in caregivers of individuals with military-related traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2016; 53(6): 669-680.
36. Powell JM, Wise EK, Brockway JA, Fraser R, Temkin N, Bell KR. Characteristics and concerns of caregivers of adults with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2017; 32(1): 33-41.
37. Saban KL, Griffin JM, Urban A, Janusek MA, Pape TL, Collins E. Perceived health, caregiver burden, and quality of life in women partners providing care to veterans with traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2016; 56(6): 681-692.
38. Bates A, Matthews S, Simpson G, Bates L. Brain injury as the result of violence: a systematic scoping review. *J Soc Work Disabil Rehabil*. 2016; 3(4): 305-331.
39. Adams D, Dahdah M. Adaptive strategies and adaptation of survivors of traumatic brain injuries and primary caregivers. *NeuroRehabilitation*. 2016; 39(2): 223-37.
40. Foster AM, Armstrong J, Buckley A, Sherry J, Young T, Foliaki S, James-Hohaia TM, Theadom A, Mcpherson KM. Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury. *Disability and rehabilitation*. 2012; 34(22): 1855-1862.
41. Sarrami P, Ekmejian R, Naylor JM, Descallar J, Chatterji R, Harris IA. Spine surgery outcome in patients Who sought compensation after a motor vehicle accident: a retrospective cohort study. *BMC Surg*. 2016; 16(1): 76.
42. Cataldo L. I know that my redeemer lives: relational perspectives on trauma, dissociation, and faith. *Pastoral psychology*. 2013; 62(6): 791-804.
43. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2): 397-403.
44. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2005; 18(3): 381-389.

## O CICLO VITAL FAMILIAR E OS DESAFIOS NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

THE VITAL CYCLE FAMILY AND CHALLENGES IN TRAUMATIC BRAIN INJURY.

LA FAMILIA CICLO VITAL Y DESAFÍOS EN LA LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA.

Santos LJ, Mota ECH, Góis DN, Santos ACFS, Barreiro MSC, Bezerra NTC, Cruz MAS, Barbosa SLES, Carvalho AP, Teixeira TLB, Almeida AS, Silva BM, Souza GO, Bezerra, NTC, Henriques MCL.

### RESUMO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) constitui importante problema de saúde pública e reflete não apenas nas perdas de vidas, mas também em sequelas aos sobreviventes e as consequências podem resultar na vivência de conflitos familiares. A pesquisa objetiva identificar as demandas dos conflitos emocionais ocasionados pelo TCE para compreender de que modo vivenciam suas percepções no contexto do ciclo vital, por meio do grupo terapêutico. Pesquisa descritiva, intervencionista e grupal na análise qualitativa categorial. A pesquisa é parte de um projeto maior com propósito de intervenção terapêutica grupal aos familiares e pessoas com TCE (n=10) para fins desse artigo foram contemplados a categorial "conflitos emocionais no ciclo vital familiar". Como resultado, observou-se que a vivência da família no pós-TCE afeta a estabilidade familiar e provoca conflitos, desencadeiam sentimentos que se mostram adaptativos, embora com prejuízo na relação familiar.

**Descritores:** Ciclo vital; Relações familiares; Traumatismo cranioencefálico; Psicoterapia de grupo.

### ABSTRACT

The Traumatic brain injury (TBI) is an important public health problem and reflects not only the loss of life, but also consequences for the survivors and the consequences could result in the experience of family conflicts. The research aims to identify the demands of the emotional conflicts caused by the ECA to understand how they experience their perceptions in the context of the life cycle, through the therapeutic group. Descriptive, interventionist and group research in categorial qualitative analysis.. The research is part of a larger project for the purpose of group therapy intervention to families and people with TBI (n = 10) for purposes of this article were included categorial "emotional conflicts in the family life cycle." As a result, it was observed that the family living in the post-TBI affects family stability and causes conflicts, trigger feelings that show adaptive, though a loss in the family relationship.

**Keywords:** life cycle; Family relationships; Traumatic brain injury; Group psychotherapy.

### RESUMEN

La lesión cerebral traumática (TBI) es un importante problema de salud pública y refleja no sólo la pérdida de la vida, sino también consecuencias para los sobrevivientes y las consecuencias podrían resultar en la experiencia de los conflictos familiares. La investigación tiene como objetivo identificar las demandas

de los conflictos emocionales causados por el TCE para entender cómo experimentan sus percepciones en el contexto del ciclo de vida, a través del grupo terapéutico. Descriptivo investigación, intervención y el grupo en el análisis cualitativa categórica.. La investigación es parte de un proyecto más amplio para el propósito de la terapia de intervención grupal a las familias y las personas con lesión cerebral traumática (n = 10) para los propósitos de este artículo se incluye categóricas "conflictos emocionales en el ciclo de vida familiar." Como resultado, se observó que la familia que vive en el post-lesión cerebral traumática afecta a la estabilidad familiar y provoca conflictos, desencadenan sentimientos que muestran adaptativo, aunque una pérdida en la relación familiar.

**Palabras clave:** ciclo de vida; las relaciones familiares; lesión cerebral traumática; La psicoterapia de grupo.

## INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma das causas mais frequentes de morbi-mortalidade no mundo, trata-se de uma agressão que acomete o cérebro, meninges, couro cabeludo e crânio, provocada por lesão física externa que pode produzir alteração no nível de consciência e resultar em comprometimento das habilidades cognitivas, físicas e comportamentais<sup>1-10</sup>.

As causas associadas diretamente ao TCE são diversificadas, geradas principalmente por acidentes de trânsito, violência urbana, quedas, práticas desportivas e maus tratos. Dentre esses determinantes, os acidentes de trânsito são responsáveis por mais mortes que todas as demais causas em conjunto. Diante disso, o TCE é considerado uma doença da sociedade moderna, presente em todo o mundo e que acomete diferentes faixas etárias, etnias, gênero e classe social. Em si, trata-se de questão política social e de saúde pública<sup>7,8,11-19</sup>.

Acidentes de trânsito resultam em implicações para a família, não sendo a morte a única consequência. As graves lesões físicas, que levam à incapacidade e à dificuldade de reabilitação da vítima, e as condições emocionais afetam negativamente a vida dos familiares<sup>15,20,21</sup>.

Wright; Leahey<sup>22</sup> enfatizam que a família está sujeita à ameaça frequente provocada pelo meio ambiente e apresenta dificuldade de encontrar opções eficientes para a resolução de problemas. Os aspectos de qualidade de vida pioram após o evento traumático que, para algumas famílias, é repetitivo e não minimiza com evento de acidente anterior, principalmente entre as vítimas de veículos de duas rodas<sup>23,24-27</sup>.

Os sobreviventes de acidentes passaram de uma condição ativa para uma situação de dependência. A dor e o sofrimento atingiram tanto a vítima do acidente como o familiar nesse momento de crise. As perdas materiais, a insegurança econômica e o medo do desconhecido são companhias constantes e podem gerar quebra no vínculo familiar<sup>15,24,29,31,32</sup>.

Os principais desafios para o TCE e seu familiar estão associados às impossibilidades ou dificuldade nos hábitos diários, a maneira como afeta a autoestima e as relações sociais. Interações familiares podem influenciar a reabilitação no resultado de forma positiva ou negativa. A mudança no estilo de vida familiar pós TCE depende do esforço e interação do cuidador no envolvimento com

a reabilitação e o preparo emocional para lidar com o comportamento do paciente que afeta negativamente a vida de seus familiares<sup>10,33-37</sup>.

Essas mudanças sociais são evidenciadas em alguns estudos como afastamentos de amigos e falta de tempo para realizar outras atividades<sup>38,39</sup>; outros trabalhos apontam mudanças de hábitos, com isolamento social, o que suscita em uma redução do número de amigos e a ruptura das relações sociais<sup>6,81-83</sup>. No geral, as mudanças de comportamento nos familiares são decorrentes de características negativas da vítima pós TCE, como temperamento explosivo, agressividade, depressão, irritabilidade, ansiedade e dependência. Esquecimento e mudança de comportamento são apontadas como alterações do paciente pós TCE que acarretam dificuldade de novas aprendizagens e repercutem negativamente sobre o comportamento familiar<sup>2, 24,28,39,40</sup>.

Para Walsh<sup>41</sup> (p.227), a “vulnerabilidade da família aumenta com o passar do tempo, por acúmulo de fatores de estresse”, acrescenta, ainda, que cada crise interage com a passagem do ciclo de vida individual e familiar. O trabalho de intervenção com as famílias caracteriza-se pela individualidade que cada membro apresenta em função das mudanças que sobrevêm para enfrentar as condições atuais de seu relacionamento familiar. O resultado dessas crises aos eventos da vida como mortes, doenças e a própria gestão da vida cotidiana, em meio à adversidade, costuma gerar forças incríveis resilientes para enfrentar as dificuldades persistentes no dia-a-dia.

As etapas de crises no ciclo de vida da família envolvem fatores de estresse que Moratto Vásquez et al.<sup>42</sup> descrevem como regulamentação (transição de fase da vida) ou não-normativa (doenças) em concomitante com a frequência e relevância dos eventos. Assim, os autores acreditam que o desenvolvimento normal da crise familiar está na realização dos objetivos pertinentes a cada fase do ciclo vital. Porém, o não-normativo pode gerar disfunções ou sintomas que perturbam o funcionamento normal da família. Nesse sentido, a família experiencia disfunções e espera-se que lide com as crises inesperadas.

O grupo familiar evidencia não apenas a importância dos genitores como membros constituintes da família, mas, também, a inter-relação de outros membros da família ou não, que interagem diretamente. Assim, o grupo familiar exerce o foco pulsional ou ambiental na estruturação psíquica da criança à fase adulta<sup>43</sup>.

A teoria do Ciclo Vital Familiar permite descrever o desenvolvimento das famílias por meio de uma série de etapas evolutivas que podem ser influenciadas por forças internas e externas<sup>42</sup>.

A elaboração de conhecimento e integração que o grupo permite, coloca em evidência a possibilidade do vínculo que provoca interações indissociáveis na medida em que aprendemos a partir da relação com os outros<sup>44</sup>.

O ciclo vital do indivíduo é desenvolvido dentro da constituição vital familiar. A perspectiva de trabalhar a teoria do ciclo vital no grupo de terapia familiar se respalda nas disfunções e funcionamento normal ao longo do tempo, essenciais para o entendimento dos problemas emocionais importantes e pertinentes para todo o processo terapêutico.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar as demandas dos conflitos emocionais ocasionados pelo TCE para compreender de que modo vivenciam suas percepções no contexto do ciclo vital, por meio de um grupo terapêutico.

A justificativa do presente estudo implica em apresentar o trabalho pioneiro em acompanhamento interdisciplinar aos pacientes e familiares de vítimas de TCE realizado pelo programa de reabilitação de extensão universitária da Universidade

Federal de Sergipe e pela inexistência de estudos que proporcionem acolhimento dos pacientes vítimas de TCE e seus familiares como estratégia de atendimento no enfrentamento do evento traumático no convívio familiar.

## **CASUÍSTICA E MÉTODO**

Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo, na abordagem categorial, grupal de terapia processual, aberto, misto. Desenvolvido no ambulatório do Programa de reabilitação da Universidade Federal de Sergipe, trata-se de um programa de extensão universitária que realiza atendimento ambulatorial com equipe interdisciplinar às vítimas de TCE após alta hospitalar. Os sujeitos envolvidos no presente estudo são familiares e vítimas de TCE atendidos no programa, convidados a participar do grupo de terapia. A presente pesquisa representa uma parte dos resultados da tese de doutorado que tem como objetivo Identificar, por meio de intervenção de terapia grupal, as percepções de vítimas de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e seus cuidadores familiares a respeito do processo do adoecer e sua influência nas interações familiares.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS) sob o CAAE 13343113.0.0000.5546. Os sujeitos constituintes da pesquisa foram orientados verbalmente sobre os objetivos do trabalho e os direitos assegurados, em sequência, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, juntamente com a cessão de direitos.

A fim de preservar a integridade dos sujeitos da pesquisa, todas as etapas foram conduzidas e orientadas por uma psicóloga habilitada, e os encontros foram realizados em sala privativa. Cada integrante do grupo foi identificado com a letra “F” (familiar) e da letra “P” (paciente), seguida de numerais correspondentes (exemplo: “F01”; “P01”). Para identificação de gênero, foi inserida a letra ‘m’ (masculino) ou ‘f’ (feminino) após aquela sequência, separados por hífen (exemplo: “P01-m”; “F01-f”).

O tempo médio de sessão correspondia a duas horas e foi composta por uma pergunta inicial com incentivo a fala espontânea por parte dos participantes. Para fins desta pesquisa foi declarada família aquela composta pelo laço de união consanguíneo ou por casamento. Foram investigadas questões referentes aos conflitos emocionais na convivência com a vítima de TCE. A análise procedeu-se na abordagem qualitativa categorial baseada em Bardin<sup>45</sup> e Minayo<sup>46</sup>. Nesse sentido, os discursos foram organizados em subcategorias que reproduz os resultados obtidos deste estudo, e interpretado nas contribuições oriundas da teoria do ciclo de vida.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O impacto do TCE não traz consequência apenas na vítima, pode afetar também a saúde do cuidador/familiar. O grupo terapia destaca-se por sua funcionalidade em ajudar o indivíduo a lidar com o enfrentamento das situações do dia-a-dia na convivência com o familiar após o TCE e, em especial, suas alterações de comportamento.

A temática analisada é norteadora pelas falas dos cuidadores familiares e das vítimas de TCE ao se considerar que o impacto do TCE não traz consequência apenas na vítima; pode afetar também a saúde do cuidador familiar.

A amostra correspondeu a 20 participantes do grupo, sendo 10 cuidador familiar e 10 vítimas de TCE. O cuidador familiar era constituído por mulheres: três esposas, três primas, duas mães, uma irmã e uma tia. A hegemonia absoluta do familiar/cuidador do gênero feminino corrobora com outros estudos<sup>2,38,47-49</sup>.

Quanto à faixa etária, a média de idade foi de 41.5 anos, com variação entre 26 e 54 anos. A ocupação do familiar na época da entrevista era em grande parte constituída por trabalhadoras do lar e agricultura familiar. Uma menor parte estava desempregada, era diarista ou cuidadora como profissão.

Na representação das vítimas de TCE temos seis homens e quatro mulheres, oito vítimas de acidente com veículos de duas rodas, uma vítima de acidente de carro e um de espancamento e aqueles usuários de veículos de duas rodas alegam não usarem capacetes, e apenas duas vítimas possuíam a carteira nacional de habilitação. A maioria estava sob uso de bebida alcoólica no momento do acidente.

O grupo terapia destaca-se por sua funcionalidade em ajudar o indivíduo a lidar com o enfrentamento das situações do dia-a-dia na convivência com o familiar após o TCE e, em especial, suas alterações de comportamento. Observou-se nos núcleos de sentido como o familiar conduz os conflitos existenciais que se apresenta no convívio diário.

Vale ressaltar que a dinâmica estabelecida foi da associação livre. A utilização dessa dinâmica provoca a catarse - liberação de emoções, sentimentos e tensões reprimidas por meio da fala. A partir das respostas para a pergunta norteadora “como vocês estão enfrentando a nova realidade?”, foi definida a categoria **‘conflitos emocionais no ciclo de vida familiar’**. As categorias apresentadas foram: a) ciclo de prevenir a recidiva; b) ciclo do recalque; c) ciclo da resiliência; d) ciclo dos desafios familiares; e) ciclo da amizade, apresentadas nos núcleos de sentidos que seguem.

#### **a) Ciclo de prevenir à recidiva**

O impacto que o trauma causa na família e sua relevância no cuidado e no modo de enfrentamento são fatores que alteram o emocional e a qualidade de vida. O aspecto psicológico do TCE, na recuperação do paciente, pode provocar as recidivas que exercem forte impacto na vivência do familiar sobre o tratamento e prognóstico<sup>26,27,39</sup>. Isso pode ser observado nas falas que seguem:

*“Antes, a gente dizia: as coisas são assim! Hoje, a gente tem que explicar detalhado. Também tem que explicar como está o tratamento dele, que tem coisas que ele ainda não pode” (F01-f).*

*“Minha irmã sempre tinha [um comportamento ansioso], sempre foi inquieta. Passei por uma com ela também que, meu Deus, quem precisa de psicólogo sou eu” (F03-f).*

*“Os dias que vim pro hospital, ele me tratou mal. Eu compreendi e esperei chegar em casa e melhorar, mas parece que piorou” (F05-f).*

*“Relevo muitas coisas dele, muitas coisas fico calada” (F06-f).*

*“Quando cheguei em casa, a irmã dele me disse que ele discutiu com o pai e disse que pegou um litro de álcool para tocar fogo em tudo. Foi que eu cheguei calma, tranquila, fui lá... Conversei com ele bastante, ele disse: ‘pronto eu não vou fazer mais’” (F08-f).*

*“Pra gente, família é muito complicado; e pra mim, [...] que sou muito apegada a ele, com o choque eu não conseguia dormir” (F09-f).*

*“O tempo todo eu sinto isso [estresse]. Respiro fundo para não colocar para fora quando faço algo e ela me responde com agressividade. [...] Paciência! É ter paciência, muita! Tem dias que ela não está bem. Isso me afeta de humor, em tudo, pois, quando ela tá mal, me afeta também” (F10-f).*

O ciclo de vida envolve variadas etapas com as quais a família convive nas diversas configurações como: idade, gênero, economia domiciliar, tempo de união, constituição familiar, dentre outros. Considera que famílias são constituídas por diferentes ângulos que permitem uma visão geral e focal dos desafios específicos no ciclo vital familiar.

Observa-se nos núcleos de sentido que a família utiliza de esquemas que proporcionam a interação dos mundos de linguagem no curso desenvolvimental esperado da doença. Percebemos nas falas que a família se esforça para manter uma rotina habitual; contudo, as alterações de períodos instáveis evidenciam tensões e riscos de exaustão. Para Rolland<sup>45</sup> (p.375) “Está em jogo a flexibilidade familiar, em termos de organização interna de papéis e da disposição para utilizar recursos externos”.

Pacientes com TCE requerem cuidados contínuos e a família deve estar pronta a restabelecer a estrutura<sup>10,27,39,46</sup>. Porém, a tensão sobre o sistema familiar é uma contínua incerteza e um grande fator de estresse ao cuidador no equilíbrio do lar. Essa subcategoria demonstra que as famílias são capazes de tolerar estados afetivos tensos significativos e compartilham, entre si, para proporcionar esclarecimento entre o comportamento e o ciclo de vida da doença.

As relações produtoras de estresse resultam em sintomas de saúde física ou mental negativos para o cuidador, e cada fase só pode ser ultrapassada, de forma individual ou em grupo da família, a depender de como adaptável é esse apoio e fortalecimento do momento de crise<sup>10,39,47,48</sup>.

## **f) Ciclo do recalque**

A realidade interna de cada pessoa está intimamente relacionada com o processo de sentimentos, afetos, relações e recordações. Muitas vezes a família não sabe lidar com essas emoções, o que pode conduzir a erros de julgamento na comunicação e, assim, adotar um comportamento de repulsa ou culpa<sup>54-58</sup>. Tais comportamentos são claramente observados nas falas de alguns familiares:

*“(...) eu em casa cuidando de tudo para manter as contas e as coisas e ele dando em cima das enfermeiras” (F05-f).*

*“Tá sendo difícil, muito difícil conviver com ele. Tem horas que ele tá um doce de pessoa; tem horas que ele tá ruim, agressivo comigo e eu tenho horas que dá vontade de matar ele” (F08-f).*

Para os pacientes esse recalque pode provocar isolamento ou regressão para estágios da vida que necessita de cuidados básicos, como pode ser observado:

*“(...) quando cheguei em casa fiquei calado, não conhecia minha filha. Fiquei mais calado ainda, já era e piorei ” (P09-m).*

*“Eu ficava pedindo para ela [mãe] ficar me alimentando na boca fazendo besourinho (...) estava com medo de morrer” (P01-m).*

Observamos nas palavras dos sujeitos que o recalque é um poderoso mecanismo inconsciente de defesa utilizado em momentos de extrema angústia. Tal mecanismo pretende desviar o afeto do ego, a fim de evitar que o sentimento ameaçador venha à consciência<sup>57</sup>.

Cumprir a função de cuidador não é tarefa fácil, estudos com familiares de pessoas com TCE demonstram que os cuidadores vivenciam perdas que culminaram em ansiedade, depressão, raiva, distúrbio do humor, agressão, impaciência, impulsividade, isolamento entre outros, que desencadearam voluntária ou involuntariamente, comportamentos de agressão ou isolamento<sup>1,210,27,30,32,39,50-52,58</sup>.

Reprimir os sentimentos pode aumentar substancialmente os níveis estressores o que pode contribuir para outras doenças como a hipertensão. Estudo realizado no Japão revelou que cuidadores familiares do gênero feminino enfrentam maior risco de hipertensão, fato esse que pode ser explicado pela dupla jornada de trabalho e a prestação de cuidado<sup>10,39,59,60</sup>.

No estudo de Hora e Sousa<sup>47</sup> sobre as necessidades dos familiares após o TCE, demonstrou uma maior incidência em “suporte profissional” nas necessidades “não atendidas” e demanda de “informação” como as mais importantes. Apoiar a família no processo do TCE facilita e ajuda a encontrar a forma mais adequada de enfrentar cada situação em particular, possibilita identificar os condicionantes e, assim, entender as complexas dificuldades do TCE. Para Straussner e Calnan<sup>60</sup>, entender as respostas fisiológicas do trauma, de qualquer natureza, pode ajudar os indivíduos a desenvolver estratégias de enfrentamento. Para Carlozzi et al<sup>39</sup>, as tensões oriundas dos cuidados a vítima de TCE provocam no cuidado distúrbios na saúde social, emocional, física e cognitiva.

### **g) Ciclo de resiliência**

A maioria dos indivíduos que sobrevivem ao TCE e retornam a sua vida domiciliar sentem o abalo dessa nova realidade. Essa reação é baseada em vários fatores: experiências traumáticas anteriores, estressores da vida atual, apoio social, atitude religiosa, cronicidade do trauma, idade, gênero e força do ego<sup>60</sup>. O trauma

também é subjetivo e refere-se não apenas ao impacto recebido, mas a todo o meio inserido. Tais aspectos podem ser evidenciados nas falas dos participantes:

*“Quando eu ia ajudar [outra pessoa], ele sentia ciúmes. Sempre sente ciúmes. É uma criança e eu dizia: o que é que você tem? Ele dizia: ‘não é para sair de perto de mim; fique aqui porque aqui é o seu lugar’” (F01-f).*

*“Eu digo [que] essas dores que você sente deve ser mais psicológica. Quando ela disse que sai para algum lugar, ela não sente dor. Festas, bares, assim ela não tem dor! Quando está na rua, ela não tem dor” (F03-f).*

*“Tem dias que está bem; outros não. Eu me acabo na tristeza quando vejo que não posso fazer mais nada” (F04-f).*

*“Eu baixo o som e só vou sair com você” (F06-f).*

A presença da família no adoecimento contribui para a recuperação da vítima com apoio emocional. Os cuidadores familiares assumem o papel de promoção da saúde; assim, revela-se que os vínculos afetivos, sociais e religiosos despertam responsabilidades e compromissos. O fenômeno da resiliência sugere a adaptação positiva, apesar da adversidade do comportamento apresentado e os constantes conflitos enfrentados. Segundo Ambriz et al.<sup>61</sup>, existem muitas maneiras de alcançar a resiliência, e ela pode desenvolver-se em qualquer fase do ciclo da vida e pode mudar em função da individualidade, familiar e contexto. Essa resiliência é mencionada por um dos familiares:

*“[Tenho que] Buscar força e encorajamento, porque esta difícil aguentar esse homem” (F05-f).*

*“Estamos há 27 anos juntos, ela é praticamente uma mãe pra mim, meu braço direito (...) ela sofreu muito! Dei muito trabalho. Ela era muito forte e agora está assim: carne e osso (...) digo que daqui pra frente é só felicidade” (P08-m).*

Benghozi e Marques<sup>62</sup> apresentam a noção de resiliência familiar como a capacidade de desconstruir e construir o laço familiar advindos das crises. Ressalta, ainda, que a psicopatologia mobilizada pelo trauma e violência afetam a vida psíquica, afetiva e social.

*“Meus planos é de fazer na igreja [casamento] chegar aos pés do padre, falar a verdade, pedi perdão pelos 27 anos não oficializados, mas deixa passar a tempestade para oficializar ” (P08-m).*

Para Cuba-Fuentes et al.<sup>63</sup>, os sintomas físicos e as doenças influenciam o estado emocional da família, e a disfunção nas relações familiares ocasiona estresse e até doenças físicas em outros membros, independente do ciclo de vida e dos desafios que enfrentam.

O que se pode observar nos núcleos dos sentidos encontrados são as formas adaptativas que cada um atribui para não entrar ou fugir de um conflito.

*“Tem horas que eu paro, respiro e penso. Aí saio e deixo ele lá; e vou caminhar, esfriar a cabeça. Depois volto” (F08-f).*

*“Ela liga o som alto e dói na minha cabeça. Ai brigo com ela e ela comigo. Fico irritado e saio e vou beber. Ai quando eu volto ela fica irritada porque sai” (P06-m).*

*“Quando está assim [agressiva], antes eu respondia e as duas brigavam; hoje eu saio e deixo ela pra lá. Toda vez que ela está estressada, eu fico quieta, eu saio de perto” (F10-f).*

Para os sujeitos, as estratégias apresentadas servem, apesar de momentâneas, como reguladoras de uma situação conflitante, estressante e para manter o bem-estar. A maioria resolve abster-se de encarar a situação e reprimem o sentimento. Os recursos utilizados podem proteger os doentes naquela situação, porém não demonstra favorável a adaptação positiva. Os comportamentos tendem a modificar ao longo da vida e a maneira de se adequar ao equilíbrio emocional seria atingir recursos internos como autoestima, otimismo e busca de apoio emocional.

#### **h) Ciclo dos desafios familiares**

Para Dias<sup>64</sup>, as famílias são compostas por consanguinidade ou não, são unidas por afetividade ou interesse, e convivem num determinado tempo, espaço na constituição de sua história. A família inicia com a constituição do casal e se desenvolve com o enfrentamento das dificuldades ao longo de cada ciclo de vida.

Quando se observa a família que apresenta recursos positivos próprios, constata-se que ela pode levar o processo do adoecer de modo saudável, ou seja, de outra forma. As falas apresentadas evidenciam uma situação que pode complicar, de maneira que desencadeia um sofrimento emocional e repercute em aparecimento de frustrações, impotência e até mesmo rompimentos da família.

*“Tem dias que eu não aguento. Eu vou largar ele” (F05-f).*

*“Ele xinga nome comigo, aí eu não aguento e digo: rapaz, não chame de nome comigo não. Por que você diz isso e isso comigo? Rapaz, vamos parar com isso! Teve uma vez passamos 2 dias sem falar” (F06-f).*

*“(...) eu não queria que ela saísse de perto, ai eu pedia para ela colocar a comida na boca e fazer besourinho eu me sentia em paz. Minha mãe está sendo uma mãe e tanto pra mim e eu não queria que ela saísse*

*de perto de mim e a todo instante eu queria que ela fizesse carinho. Ai quando ela demorava ou cansava eu dizia 'se fosse minha namorada ela continuava fazendo(...)' (P01-m).*

Quando a família está emocionalmente frágil, a dificuldade de adaptação da doença coloca-a na situação de esgotamento ou exaustão familiar e, ao invés de sentimentos positivos, permanecem nessa família a culpa, a revolta, a incompreensão e o medo<sup>2,10,27,30,32,39,51-53,58</sup>.

*"Tem horas que ele está um doce de pessoa; tem horas que ele está ruim, agressivo comigo e eu tenho horas que dá vontade de matar ele" (F08-f).*

Jorqueira<sup>65</sup> ressalta que as dificuldades associadas ao TCE dependem do funcionamento prévio da família, e que um bom relacionamento antes do evento traumático contribui para que os indivíduos reajam de forma satisfatória à nova condição.

Essa situação fica mais evidente quando o familiar é um casal. O impacto diferencial do trauma entre homens e mulheres varia, depende das necessidades de desenvolvimento do indivíduo psicossocial e do meio ambiente<sup>60</sup>. A relação conjugal<sup>39</sup> mostra-se mais abalada com o evento traumático, como se pode observar nos núcleos de sentidos apresentados. Em casos de tensões relacionais geradas pela crise que o casal está a vivenciar, a forma em expressar os sentimentos apresenta dificuldade. O grupo de terapia facilita a conexão como rede de apoio, intervém precocemente nas situações de conflitos, auxilia na comunicação e previne situações de isolamento ou a solidão.

### **i) Ciclo de amizades**

As relações sociais são importantes para determinar as relações interpessoais que permite "ao indivíduo o aprendizado de habilidades sociais satisfatórias e harmoniosas ao longo de todo o ciclo vital"<sup>66</sup> (p.161). Percebe-se na fala do familiar a importância da amizade no processo de reabilitação:

*"Assim que ela chegou, as amigas, os irmãos dela [vieram vê-la]... eu só me perguntava como vai ser o que eu posso fazer por você" (F04-f).*

Por outro lado, as consequências do TCE também podem corroborar para o declínio ou o apoio da amizade<sup>39</sup>. Todos os relacionamentos interpessoais do paciente com trauma podem mostrar-se fragilizados; ao mesmo tempo, constituem-se como fortalecimento e apoio para o paciente e seu cuidador. Essa afirmação pode ser percebida na fala de um dos familiares:

*"Tinha muitos amigos; depois disso se afastou de tudo! Porque é como eu digo a ele: tá vendo, você tinha amigo naquela hora e agora, cadê? Num chega nessa hora! Quem ajuda ele é o pai" (F08-f).*

*“Se [amigos] me perguntasse alguma coisa, eu respondia. Se não pergunta-se era como se não estivessem ali ” (P09-m).*

*“Antes minhas amigas me chamavam para sair, mas, a minha família não deixa. Me tratam como doente. Hoje não tenho mais” (P03-f).*

Nesse sentido, as doenças podem afetar a rede pessoal de cada indivíduo e reduzir, assim, a oportunidades de contatos sociais. Esse fato pode agravar no TCE, que apresentam alterações comportamentais e resultar na dificuldade de interação mútua da amizade<sup>39,67</sup>.

## CONCLUSÃO

Dos resultados encontrados, apenas um familiar (F02) não demonstrou conflitos e/ou desequilíbrios no lar. Para esse, o principal receio com seu familiar de TCE referem-se aos momentos esporádicos de mudança de comportamento na tentativa de fugir de casa, porém, sem apresentar-se agressivo.

Além disso, foi possível perceber, por meio dos relatos dos participantes, as consequências que o TCE pode acarretar na família. Observou-se que a condição de mudança de vida no ciclo pós TCE afetou a estabilidade familiar e se tornou persistente, provocando conflitos que desencadearam sentimentos que se mostravam adaptativos ou, contrariamente, prejudicavam a relação familiar.

O grupo de terapia com pacientes de TCE e seus familiares, no programa Reviva, evidenciou que os saberes dos mesmos fortalecem sua própria autonomia, o sentimento de pertencimento, o alívio da angústia e, assim, pode contribuir para a diminuição de riscos, enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia e o aumento na qualidade de vida. Neste sentido, elucida-se a importância da participação dos pacientes em terapia grupal, pois esta proporciona a discussão de temas que sinalizam o enfrentamento de angústias decorridas pelo processo de hospitalização e do retorno para casa. A intervenção realizada pelo psicólogo resulta na capacidade de auxiliar os participantes a buscar estratégias de superação frente a impasses e dificuldades provocadas pelo processo do adoecer.

Faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas com o enfoque na terapia em grupo que favoreça a comunicação entre os membros da família, pois o fato de prestar apoio e valorizar os sentimentos do cuidador familiar ajuda a estabilizar o estado emocional na busca de novos conhecimentos e direcionamentos para a sua assistência e de todo núcleo familiar.

## REFERÊNCIAS

1. Serna ECH, Sousa RMC. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2): 131-135.

2. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13 (1): 93-98.
3. Sousa Filho AO, Xavier EP, Vieira LJES. Hospitalização na óptica do acidentado e trânsito e de seu familiar-acompanhante. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3): 539-546.
4. Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LJES, Lira SVG. Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em um hospital de emergência municipal. *Rev Baiana de saúde pública*. 2010; 34(2): 240-253.
5. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia-Goiás. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(4): 2075-2084.
6. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde; 2013.
7. Gaudêncio TG, Leão GM. A epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc*. 2013; 21(3): 427-434.
8. Viana NJ, Bohland AK, Pereira CU. Internações por traumatismo cranioencefálico em Sergipe, de 2000 a 2011. *Arq. bras. Neurocir*. 2014; 33(4): 306-317.
9. Moll AVS. Perfil do atendimento dos pacientes com traumatismo cranioencefálico nos hospitais de urgência e emergência sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Fio Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
10. Fortune DG, Rogan CR, Richards HL. A structured multicomponent group programme for carers of people with acquired brain injury: Effects on perceived criticism, strain, and psychological distress. *British Journal of Health Psychology*. 2016; 21: 224–243.
11. Garcia LP, Freitas LRS, Gawryszewski V, Duarte EC. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(4): 418–424.
12. World Health Organization. Global status report on alcohol. Geneva; 2004.
13. Dualibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*. 2007; 97(2): 2276-2280.
14. Monteiro MG. Alcohol y salud pública em las Américas: um caso para La acción. Washington, D.C: OPAS; 2007.
15. Malta DC, Soares Filho AM, Montenegro MMS, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Lima CM, et al. Análise da mortalidade por acidentes de transportes terrestre antes e após a Lei Seca – Brasil, 2007-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(4): 317-328.
16. Nunes MS, Hora EC, Fakhouri R, Alves JAB, Ribeiro COM, Santos ACS. Caracterização de vítimas de traumatismo atendidas em um hospital de urgência. *Rev enferm UFPE*. 2011; 5(9): 2136-2142.
17. Arruda BP, Akamatsu PYF, Xavier AP, Costa RCV, Oliveira-Alonso GS, Madaleno IMP. Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. *Acta fisiátrica*. 2015; 22(2): 55-59.
18. Brasil. Estatística de mortalidade por causa externa no Brasil. Brasília, DATASUS; 2015.
19. Ramalho J, Castillo M. Dementia resulting from traumatic brain injury. *Dement neuropsychol*. 2015; 9(4): 356-368.

20. Mohtasham-Amiri Z, Dastgiri S, Davoudi\_Kiakalyeh A, Imani A, Mollarahimi K. Na epidemiological study of Road traffic accidents in guilan province, Northern Iran in 2012. *Bull Emerg Trauma*. 2016; 4(4): 230-235.
21. Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009.
22. Whight LM, Leahev ML. Enfermeiros e família: um guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca; 2013.
23. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviços pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 815-822.
24. Anke A, Manskow US, Friberg O, Roe C, Arntzen C. The family experiences of in-hospital care questionnaire in severe traumatic brain injury (FECQ-TBI): a validation study. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16(1): 675.
25. Ghaffari-Fam S, Sarbazi E, Daemi A, Sarbazi MR, Nikbakht HÁ, Salarilak S. The epidemiological characteristics of motorcyclists associated injuries in Road traffics accidents: a hospital-based study. *Bull Emerg Trauma*. 2016; 4(4): 223-229.
26. Formisano R, Longo E, Azicnuda E, Silvestro D, D'Ippolito M, Truelle JL, Von Steinbüchel N, Von Wild K, Wilson L, Rigon J, Barba C, Forcina A, Giustini M. Quality of life in persons aftler traumatic brain injury as self-perceived and as perceived by the caregives. *Neurol Sci*. 2016: 1-8.
27. Kratz AL, Sander AM, Brickell TA, Lange RT, Carlozzi NE. Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. *Neuropsychol Rehabil*. 2017; 27(1): 16-37.
28. Lane KS, St Pierre ME, Lauterbach MD, Koliatsos VE. Patient profiles of criminal behavior on the contexto f traumatic brain injury, *J Forensic Sci*. 2016.
29. Anjos KC, Evangelista MRB, Silva JS, Zumotti AV. Paciente vítima de violência de trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do serviço social na emergência. *Acta Ortop Bras*. 2007; 15(5): 262-266.
30. Beuter M, Brondani CM, Szarecki C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Escola Anna Nery*. 2012; 16(1): 134-140.
31. Queiroz MS, Oliveira PCP. Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. *Psicologia e Sociedade*. 2003; 15(2): 101-123.
32. Doser K, Noruo A. Caregiver burden in Danish family members of patients with severe brain injury: the chronic phase. *Brain Inj*. 2016; 30(3): 334-42.
33. Queiroz MS, Marin L. Acidentes de trânsito: Atitudes, comportamentos, representações na região de Campinas: Relatório final de pesquisa. Convênio Unicamp/Fapesp; 2000.
34. Freire E. Trauma: a doença do século. São Paulo: Atheneu; 2001.
35. Cavalcante FG, Morita PA, Haddad SR. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(5): 1763-1772.
36. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Violência no trânsito: expressão da violência social. Brasil. Ministério da Saúde, organizador. Secretaria de vigilância à Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005.
37. DeBaillie AM, Nichols JL. The effects of Traumatic Brain Injury on families. (Requirements for the degree of máster of science in the Field of Rehabilitation Counseling) Rehabilitation Institute In the Graduate School Southern Illinois University Carbondale. 2014.

38. Serna ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latinoam Enferm.* 2006; 14(2): 183-189.
39. Carlozzi NE, Brickell TA, French LM, Sander A, Kratz AL, Tulsy DS, Chiaravalloti ND, Hahn EA, Kallen M, Austin AM, Miner JÁ, Lange RT. Caring for our wounded warriors: a qualitative examination of health-related quality of life in caregivers of individuals with military-related traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 2016; 53(6): 669-680.
40. Orff HJ, Hays CC, Twamley EW. Multivariate assessment of subjective and objective measures of social and family satisfaction in veterans with history of traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 2016; 53(5): 541-550.
41. Walsh CF. Fortalecendo a resiliência familiar. Magda França Lopes, tradutor. São Paulo: Roca; 2005.
42. Moratto Vasquez NS, Zapata PJJ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicol.* 2015; 8(2): 103-121.
43. Zimerman DE. Fundamentos Básicos das Grupoterapias. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
44. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo inFormação.* 2010; 14(14): 160-169.
45. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
46. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2014.
47. Hora EC, Sousa RMC. Necessidades das famílias após o trauma cracioencefálico: dados da realidade brasileira. *Enfermagem em foco.* 2012; 2(3): 88-92.
48. Knihns NS, Franco SC. A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado. *Rev ciência, cuidado e saúde Maringá.* 2005; 4(2): 139-148.
49. Dibai MBS, Cade NV. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. *Rev Enferm UERJ.* 2009; 17(1): 86-90.
50. Rolland J. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. Carter B, McGoldrick M, organizador. *As mudanças do Ciclo de vida familiar.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
51. Saban KL, Griffin JM, Urban A, Janusek MA, Pape TL, Collins E. Perceived health, caregiver burden, and quality of life in women partners providing care to veterans with traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 2016; 56(6): 681-692.
52. Ronchi JP, Avellar LZ. Family and life cycle: the acquisition phase. *Psicologia em Revista.* 2011; 17(2): 211-225.
53. Berge, JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of clinical nursing.* 2012; 21(9-10): 1355-1363.
54. Behn N, TogherL, Power E. Experiences from a communication training programme of paid carers in a residential rehabilitation centre for people with traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2015; 29(13-14): 1554-60.
55. Adams D, Dahdah M. Adaptive strategies and adaptation of survivors of traumatic brain injuries and primary caregivers. *NeuroRehabilitation.* 2016; 39(2): 223-37.

56. Powell JM, Wise EK, Brockway JA, Fraser R, Temkin N, Bell KR. Characteristics and concerns of caregivers of adults with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2017; 32(1): 33-41.
57. Roudinesco E, Plon M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
58. Hora EC, Sousa RMC, Alvarez REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 39(3): 343-349.
59. Torimoto-Sasai Y, Igarashi A, Wada T, Ogata Y, Yamamoto-Mitani N. Female family caregivers face a higher risk of hypertension and lowered estimated glomerular filtration rates: a cross-sectional, comparative study. *BMC Public Health.* 2015; 15: 177.
60. Straussner SLA, Calnan AJ. Trauma Through the life cycle: A review of current literature. *Clin Soc Work J.* 2014; 42: 323-335.
61. Ambriz MGJ, Montorio I. Psychological and social factors that promote positive adaptation to stress and adversity in the adult life cycle. *J Happiness Stud.* 2012; 13: 833-848.
62. Benghozi P, Marques ST. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. *Psicologia Clínica.* 2005; 17(2): 101-109.
63. Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Cuellar-de La Cruz Y. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Rev Med Hered.* 2014; 25(2): 68-72.
64. Dias MO. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento.* 2011; 19: 139-156.
65. Jorqueira, CGS. O impacto do traumatismo cranioencefálico para a família: um estudo de caso. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Pontifca Universidade Católica de São Paulo; 2007.
66. Borsa JC. O papel da amizade ao longo do ciclo vital. *Psico-USF.* 2013; 18(1): 161-162.
67. Sarrami P, Ekmejian R, Naylor JM, Descallar J, Chatterji R, Harris IA. Spine surgery outcome in patients Who sought compensation after a motor vehicle accident: a retrospective cohort study. *BMC Surg.* 2016; 16(1): 76.

## GRUPO DE TERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS NO TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

AS THERAPY GROUP CHALLENGES OF COPING STRATEGY IN TRAUMATIC  
BRAIN INJURY

LA TERAPIA DE GRUPO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO EN LA LESIÓN  
CEREBRAL TRAUMÁTICA

Lyvia de Jesus Santos; Edilene Curvelo Hora Mota; Diego Noronha de Góis; Adriellen Pinto Carvalho; Ana Carla Ferreira Silva Santos; Maria do Socorro Claudino Barreiro.

### RESUMO

As consequências do Traumatismo cranioencefálico (TCE) manifestam-se em vários níveis do sistema anatômico-funcional, cognitivo, comportamental e emocional. Caracterizada como causa mais frequente de morbi-mortalidade no mundo, constitui importante problema de saúde pública e resulta, também, em conflitos familiares. O presente artigo objetiva avaliar como o grupo de terapia auxilia na estratégia de enfrentamento no processo de cuidar do paciente vítima de TCE, evidenciando as percepções do convívio familiar no contexto do ciclo vital. Trata-se de um estudo experimental, intervencionista, grupal, analisado na abordagem da análise categorial. Amostra corresponde aos familiares e pessoas vítimas de TCE (n=20). A título desse artigo, utilizaremos a categoria "ouvir e compartilhar". Como resultado, foi possível reconhecer diferentes alternativas das famílias se organizarem para enfrentar o relacionamento pós-TCE, o grupo de terapia permitiu compreender a maneira manifesta de tornar visíveis as dificuldades encontradas colaborando no entendimento e na busca de ações que contribuam para o desenvolvimento do convívio familiar.

**Descritores:** Terapia familiar; Ciclo Vital; Relações familiares; Traumatismo cranioencefálico.

### ABSTRACT

The consequences of Traumatic brain injury (TBI) are manifested at various levels of anatomical-functional, cognitive, behavioral and emotional system. Characterized as the most frequent cause of morbidity and mortality in the world, it is an important public health problem and also results in family conflicts. This article aims to assess how the therapy group helps family coping strategy in caring for the patient victim of Traumatic brain injury (TBI), reflecting the perceptions of family life in the context of the life cycle. This is an experimental study, interventional group, analyzed the approach to categorial analysis. Sample corresponds to the families and victims of TBI (n = 20). The title of this article, we will use the category "listen and share." As a result, it was possible to recognize different alternatives of the families organize themselves to face the post-TBI relationship, group therapy allows us to understand the way manifests to make visible the difficulties collaborating in understanding and pursuit of actions that contribute to the development of living family.

**Keywords:** family therapy; Vital cycle; Family relationships; Traumatic brain injury.

## RESUMEN

Las consecuencias de una lesión cerebral traumática (TBI) se manifiestan en los distintos niveles de sistema anatómico funcional, cognitiva, conductual y emocional. Caracterizado como la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en el mundo, es un importante problema de salud pública y también da lugar a conflictos familiares. Este artículo tiene como objetivo evaluar cómo el grupo de terapia ayuda a estrategia de supervivencia de la familia en el cuidado del paciente víctima de una lesión cerebral traumática (TBI), lo que refleja las percepciones de la vida familiar en el contexto del ciclo de vida. Se trata de un estudio experimental, el grupo de intervención, analizó el enfoque de análisis categórico. Muestra corresponde a las familias y las víctimas de lesión cerebral traumática (n = 20). El título de este artículo, vamos a utilizar la categoría de "escuchar y compartir." Como resultado, fue posible reconocer diferentes alternativas de las familias se organizan para enfrentar la relación posterior a la lesión cerebral traumática, la terapia de grupo nos permite comprender la forma en que se manifiesta a hacer visibles las dificultades que colaboran en la comprensión y el ejercicio de las acciones que contribuyen al desarrollo de la vida familia.

**Palabras clave:** terapia familiar; Ciclo vital; las relaciones familiares; La lesión cerebral traumática.

## INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) tem sido motivo de grande discussão atualmente, considerado um importante problema de saúde no mundo. Os acidentes de trânsito são os principais causadores de TCE, além de atropelamentos, quedas, violência por arma de fogo, arma branca e espancamento. Pode acontecer em qualquer ciclo da vida e apresenta-se com mais frequências nos homens adultos jovens<sup>1-11</sup>.

A lesão cerebral é compreendida como qualquer agressão anátomo-funcional que acarreta déficits físicos, cognitivos e emocionais, temporárias ou permanentes, aos indivíduos sobreviventes que interfere na capacidade do paciente<sup>1,3,5,7,12</sup>.

Os acidentes com vítimas mostram-se como desafios para o cuidador familiar em relação às dificuldades nos cuidados diários e comportamento. Para Cuba-Fuentes et al.<sup>13</sup>, os sintomas físicos e doenças influenciam o estado emocional da família e a disfunção nas relações familiares ocasiona estresse e até doenças físicas em outros membros independente do ciclo de vida e os desafios que enfrentam.

O impacto produzido pelo TCE provoca na família consequências adversas, e, muitas vezes, a mudança desse contexto familiar não recebe a atenção necessária pelos profissionais que prestam assistência à vítima, como ocorre com os problemas visíveis. Tristeza, estresse, depressão, ansiedade, dificuldades no relacionamento sexual, distúrbios psiquiátricos, mudanças de papéis e redução da qualidade de vida são algumas das condições emocionais frequentemente encontradas em familiares de vítimas de TCE<sup>1,14-16</sup>, condições essas que afetam negativamente a vida dos mesmos<sup>17-21</sup>.

O resultado desses conflitos, segundo Mioto<sup>22</sup>, é a fragilização dos vínculos familiares, que torna as famílias mais vulneráveis aos eventos da vida, como mortes, doenças, desemprego e a própria gestão da vida cotidiana. Walsh<sup>23</sup> usa o termo "famílias vulneráveis" para designar aquelas que estão sobrecarregadas e sem

apoio, que enfrentam desafios e necessidades não satisfeitas. Acrescenta ainda que, mesmo diante de todos os problemas vivenciados pelas famílias no mundo atual, não se deve ter a visão de “família problemática” e, sim, das que lutam com muitos problemas que, muitas vezes, vão além de seu controle e quase sempre não são provocados por elas.

A vivência intensa do sofrimento e as dificuldades de adaptação no cotidiano levam a acreditar que, nem sempre, a relação familiar é de aproximação e fortalecimento. Crises e conflitos podem ocasionar desestrutura do lar frente à nova realidade<sup>24-26</sup>. Nesse sentido, a fé como conforto e consolo é o enfrentamento utilizado culturalmente, atribuindo a Deus a resolução dos problemas de saúde e, assim, superar os eventos conflitantes na relação familiar. Acessar as crenças religiosas e espirituais proporciona significados às respostas da doença e à possibilidade de morte para os familiares<sup>2,24,27,28</sup>.

Para Serna e Sousa<sup>14</sup>, os sentimentos desenvolvidos na família após o ente apresentar o TCE podem acometer desde uma frustração até o estado de impotência. Assim, as interações familiares influenciam nas relações sociais e, conseqüentemente, no resultado positivo da reabilitação<sup>11,12,14,19</sup>.

Diante disso, culpa, raiva, ansiedade, frustração, medo, insegurança, impotência, e até depressão são implicações diretas do trauma vivenciado pelos familiares de vítimas de TCE<sup>15,29-33</sup>. Portanto, evoca-se a necessidade de acompanhamento do paciente e, também, do familiar nas relações emocionais e sociais, por profissionais especializados que proporcionem melhor entendimento do evento traumático e, conseqüentemente, um aprendizado em lidar com o paciente sequelado e com os conflitos internos gerados<sup>21,34</sup>.

Este estudo objetiva avaliar como o grupo de terapia auxilia na estratégia de enfrentamento da família no cuidar do paciente vítima de Traumatismo Cranioencefálico (TCE), evidenciando as percepções do convívio familiar no contexto do ciclo vital.

Justifica-se pelo trabalho pioneiro no atendimento ao paciente com TCE e seu familiar/cuidador no processo terapêutico com equipe interdisciplinar no programa de extensão universitária (REVIVA) da Universidade Federal de Sergipe e direciona os participantes a criar estratégias de enfrentamento, além da escassez de estudos relativos a essa temática.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Esse estudo retrata parte dos resultados da tese de doutorado que propõe uma intervenção terapêutica grupal às vítimas com TCE e seus familiares atendidos no programa de extensão universitária da Universidade Federal de Sergipe. Caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, intervencionista, grupal de terapia processual, aberto e misto.

A proposta é trabalhar o grupo com oportunidade de identificar nos outros os “próprios problemas e possibilitar o conhecimento de si, a sensação de não estar ‘só no mundo com as próprias dores’ (...) a partir dos fenômenos grupais como unidade integrada, questionando e pontuando as falas e construções feitas pelo grupo como um todo”<sup>35</sup> (p. 582).

A amostra deste estudo está caracterizada como não probabilística e por acessibilidade, foi representada por cuidadores familiares e vítimas de TCE atendidas no programa de reabilitação. Os sujeitos assistidos pelo programa são provenientes de diversos municípios dos estados de Sergipe, Alagoas e Bahia,

como reflexo da assistência prestada pelo hospital referência em trauma para as regiões circunvizinhas – o HUSE (Hospital de Urgência de Sergipe), numa parceria com a residência de neurocirurgia da Fundação Beneficente Hospital Cirurgia - FHBC.

Todo o estudo foi conduzido sob a égide dos princípios éticos regidos pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil. Os sujeitos convidados a participar do grupo de terapia receberam orientações verbais e por escrito a respeito dos objetivos e de seus direitos, assinado, em sequência, o termo de consentimento livre e esclarecido, juntamente com a cessão de direitos.

Os grupos de terapia foram organizados a partir da demanda do atendimento no ambulatório. As intervenções do psicólogo foram realizadas buscando facilitar a expressão dos participantes e minimizar possíveis constrangimentos. A fim de excluir tal risco, todas as etapas foram conduzidas e orientadas por uma psicóloga habilitada, e os pacientes somente se expressavam quando se sentiam à vontade para falar. Ademais, os encontros do grupo ocorreram em sala privativa.

Para preservar a identidade dos participantes e manter o sigilo dos respondentes, foi realizada a codificação dos questionários e dos relatos transcritos por meio da utilização da letra “F” (familiar) e da letra “P” (paciente), seguida de numerais correspondentes (exemplo: “F01”; “P01”). Para identificação de gênero, foi inserida a letra ‘m’ (masculino) ou ‘f’ (feminino) após aquela sequência, separados por hífen (exemplo: “P01-m”; “F01-f”).

A amostra compreendeu de 20 participantes, 10 familiares e 10 vítimas de TCE entre homens e mulheres, com idade superior a 18 anos em dia de consulta no programa de reabilitação. Para fins desse artigo, os dados apresentados correspondem à última sessão cuja dinâmica envolveu a temática central **“ouvir e compartilhar”**.

Nesta pesquisa foi considerado família aquela composta pelo laço de união consanguíneo ou por casamento e que acompanha como cuidador no processo do adoecer. A dinâmica de grupo foi composta por uma pergunta inicial com incentivo a fala por associação livre aos participantes. Foi investigada a questão referente ao processo do grupo de terapia como estratégia de enfrentamento no convívio do familiar e a vítima de TCE. A análise procedeu-se na abordagem qualitativa categorial baseada em Bardin<sup>36</sup> e Minayo<sup>37</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram objeto de avaliação deste estudo dez pacientes vítimas de TCE e seu cuidador familiar, em acompanhamento multidisciplinar no Reviva - Programa de Reabilitação do Trauma, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, campus da Saúde de Aracaju.

A observação dos dados referentes aos pacientes revelou um grupo relativamente homogêneo, composto por seis homens e quatro mulheres, com idades entre 19 e 50 anos, vítimas de violência urbana e acidentes de trânsito, destes, os usuários de veículos de duas rodas não faziam uso do capacete como equipamento de proteção, fator agravante por ignorar as regras de direção e a legislação de trânsito<sup>38-44</sup>. Por fim, o tempo de alta hospitalar compreendeu desde um período de cinco dias até dois meses.

O perfil descritivo da amostra de familiares das vítimas de TCE tem participação feminina exclusiva, sendo constituída por três esposas, três primas, duas mães, uma irmã e uma tia, com idades entre 26 e 54 anos. Observa-se aqui o predomínio absoluto do familiar como cuidador informal, dados que corroboram com outros estudos<sup>2,33,45</sup>. Para Boaventura et al<sup>46</sup>, o cuidador informal é caracterizado como àquele que presta cuidados com ou sem vínculo familiar, não sendo remunerado.

O TCE apresenta como consequência o impacto importante na qualidade de vida da vítima e da família que precipita em mudanças acentuadas nas relações familiares. Entende-se que o processo terapêutico propicia a interação do cuidador com o paciente, e destaca-se por beneficiar o indivíduo ao experienciar as situações da rotina diária na convivência familiar e auxiliar nas estratégias de enfrentamento, diminuindo a vulnerabilidade na crise familiar. A categoria relacionada a esse tema corresponde ao ouvir e compartilhar.

Nos achados, foram constatados que as principais crises familiares estavam relacionadas ao casamento. Quanto maior o conflito familiar, menor será a assistência ao doente<sup>47</sup>. Os desafios enfrentados pelos casais foram demonstrados no estudo de Backhaus et al.<sup>48</sup> e de Carlozzi et al.<sup>31</sup> que destaca como a lesão cerebral pode afetar negativamente a satisfação no casamento. Esses estudos demonstraram também que a intervenção nos casais melhorou significativamente a comunicação no relacionamento, fato esse que pode ser observado nas seguintes falas:

*“Não tenho com quem falar! Eu sinto que eu preciso disso aqui” (F08-f).*

*“Eu estava cansada... já ia entregá-lo à família. Mas, isso aqui me ajudou muito e espero que ajude a vocês também que estão com muitas brigas. Chega de briga! Nossos maridos estão com problemas e precisamos ajudá-los” (F08-f).*

*“Corri, mas consegui chegar. O trabalho de vocês é fundamental porque esfria nossas angústias. A gente tem que, no mínimo, saber se comunicar, se comportar. Só estou ganhando, com certeza” (P08-m).*

*“Eu achei muito importante buscar força e encorajamento. Porque está difícil aguentar esse homem. Tem dias que eu não aguento” (F05-f).*

Outro fator importante relatado pelos familiares sobre o atendimento terapêutico foi sobre a perspectiva de um espaço social para acolhimento, pois o familiar sente-se desamparado. Para Craig et al.<sup>49</sup> e Carlozzi et al.<sup>31</sup> a lesão cerebral é um evento catastrófico e a falta de participação social pode levar a problemas de reintegração na sociedade após a alta. O TCE está associada a desafios significativos para o bem-estar com riscos de problemas de saúde física e mental, co-morbidades, insegurança financeira e isolamento social.

*“Eu também gostei de vim, porque, graças a Deus, tenho com quem conversar [...]. É muito bom [estar aqui], porque a gente sabe que está*

*crecendo. O Brasil é muito carente em atendimento assim, só tenho a agradecer” (F02-f).*

Os familiares são os cuidadores informais dos indivíduos sobreviventes ao TCE que fornecem algum nível de cuidados e apoio. Quando esse familiar é a mãe, na maioria das vezes, é a principal interlocutora por assumir quase integralmente o cuidado com seu filho, independente da idade. É notório perceber que fases do ciclo vital podem retornar como um novo ciclo<sup>50</sup>.

*“Eu acho que não é de agora que minha filha precisa de acompanhamento psicológico, mas ela nunca quis. A oportunidade é agora! De conhecer, pelo menos” (F04-f).*

*“Graças a Deus [a gente] está aqui, espero que ele goste de ficar aqui porque será muito bom para ele, para nós” (F02-f).*

*“Continuamos vindo, pois sei que é muito importante pra ele” (F01-f).*

Para González<sup>51</sup>, a imagem da mãe como um ser altruísta, acima dos demais sentimentos mundanos, imaculado e intocável é uma valorização que funciona como armadilha e prisão para muitas mulheres, que se sentem culpadas ao abdicarem de suas necessidades e desejos a satisfazer os de seus filhos.

*“Quando ele acordou, virou uma criança. Tinha comportamento de criança, não queria que eu saísse de perto dele. Quando eu sentava ou queria caminhar para disfarçar o sono, ele queria que eu estivesse perto dele e o cuidado era de criança mesmo, no hospital e em casa era dobrado. Eu dizia: Senhor o que eu faço?” (F01-f).*

*“Tem dias que bate um desespero, porque me sinto uma doente na cama. Não presto pra nada! Não gosto de ver minha mãe chorando, o tempo todo isso. Ela precisa de ajuda e aqui ela se sente bem” (P04-f).*

Enquanto membros da família funcionam como extensões dos cuidados aos pacientes vitimados em TCE, como demonstrado nos estudos de Fortune et al.<sup>11</sup>, para determinados componentes do sistema familiar esse cuidado gera uma carga com dificuldades de cooperação e comunicação dentro do grupo familiar, projetando em insatisfação.

*“Eu mesma não deveria está aqui” (F03-f).*

Apesar de essa fala se traduzir em uma insatisfação da cuidadora em participar do grupo, não houve uma repercussão negativa para os demais participantes, tendo em vista que a natureza da insatisfação era de cunho pessoal e por intrigas entre irmãos. Isso se justifica pelo constante reforço em afirmar que, diante da necessidade de o paciente estar acompanhado, ela foi a escolhida pelo grupo familiar a fazer o devido acompanhamento, mesmo sem o querer.

*“Quem ficou com ela no tempo do acidente foi meu irmão. Ele foi que conviveu com ela. Eu só acompanho para vim aqui e eu só fui pro hospital com ela aqui” (F03-f).*

Para Fortune et al.<sup>11</sup>, existe uma escassez de pesquisas que demonstre a diferenças entre os cuidados aos pacientes de lesão cerebral entre pais e cônjuges como principais cuidadores de pacientes com patologias crônicas e lesões neurológicas. Observou-se nos estudos abordados que existe a evidência de tensões oriundas na família pela dificuldade no cuidar do paciente com comprometimentos cognitivos ocasionados pelo TCE. Talvez a necessidade mais comumente relatada seja a mudança de comportamento. Assim, a Psicologia é a ciência que relaciona o apoio prático, intervencional e clínico para dar suporte aos pacientes e familiares vítimas de TCE.

## **CONCLUSÃO**

Dos resultados encontrados, apenas um familiar (F03) não demonstrou satisfação no processo do grupo terapêutico. Para esse, o motivo parece está no ciclo desenvolvimento familiar de intrigas entre irmãos. Ademais, o grupo manifestou positividade e mudança de comportamento.

Os dados obtidos reforçam a necessidade de instaurar um modelo de terapia grupal que possa contribuir para a diminuição dos conflitos familiares, enfrentamento das dificuldades com melhoria no convívio familiar. Isso se justifica pelo fato de prestar apoio e valorizar os sentimentos do cuidador familiar e ajudam a estabilizar o estado emocional na busca de novos conhecimentos e direcionamentos para a sua assistência e de todo núcleo familiar.

Diante do exposto, percebe-se notadamente que o processo de terapia em grupo tem muito a contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas que favoreçam (1) a interação entre os membros da família, (2) o compartilhamento de experiências com outras pessoas e (3) a socialização. Soma-se a isso o fato de essa forma de abordagem em grupo valorizar os sentimentos e estabilizar o estado emocional no núcleo familiar, seja contribuindo no enfrentamento do processo de adoecimento, seja criando ou potencializando a condição de resiliência diante de todo o contexto ora experienciado.

Dessa forma, o grupo de terapia permitiu compreender a maneira manifesta de tornar visíveis as dificuldades encontradas, colaborando no entendimento e na busca de ações que contribuam para o desenvolvimento do convívio familiar.

## **REFERÊNCIAS**

1. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13 (1): 93-98.
2. Hora EC, Sousa RMC. Necessidades das famílias após o trauma cracioencefálico: dados da realidade brasileira. Enfermagem em foco. 2012; 2(3): 88-92.
3. Serna ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(2): 183-189.

4. Brasileiro BF, Vieira JM, Silveira CES. Evaluation of facial injuries from motorcycle accidents in Aracaju/SE. *Ver Cir Traumatol Buco-maxilo-fac.* 2010; 10(2): 97-104.
5. Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LJES, Lira SVG. Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em um hospital de emergência municipal. *Rev Baiana de saúde pública.* 2010; 34(2): 240-253.
6. Dall'Aglio JS. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trânsito em Uberlândia 2000. *Biosci J Uberlândia.* 2010; 6(3): 484-490.
7. Gaudêncio TG, Leão GM. A epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc.* 2013; 21(3): 427-434.
8. Yi A, Dams-O'Connor K. Psychosocial functioning in older adults with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation.* 2013; 32, 267-273.
9. Elbers NA, Akkermans AJ, Lockwood K, Craig A, Cameron D I. Factors that challenge health for people involved in the compensation process following a motor vehicle crash: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2015; 15: 339.
10. Paixão LMMM, Gontijo ED, Drumond EF, Friche AAL, Caiaffa WT. Traffic accidents in Belo Horizonte: the view from three different sources, 2008 to 2010. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015; 18(1): 108-122.
11. Fortune DG, Rogan CR, Richards HL. A structured multicomponent group programme for carers of people with acquired brain injury: Effects on perceived criticism, strain, and psychological distress. *British Journal of Health Psychology.* 2016; 21: 224-243.
12. DeBaillie AM, Nichols JL. The effects of Traumatic Brain Injury on families. (Requirements for the degree of master of science in the Field of Rehabilitation Counseling) Rehabilitation Institute In the Graduate School Southern Illinois University Carbondale. 2014.
13. Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Cuellar-de La Cruz Y. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Rev Med Hered.* 2014; 25(2): 68-72.
14. Serna ECH, Sousa RMC. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(2): 131-135.
15. Hora EC, Sousa RMC, Alvarez REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 39(3): 343-349.
16. Orff HJ, Hays CC, Twamley EW. Multivariate assessment of subjective and objective measures of social and family satisfaction in veterans with history of traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev.* 2016; 53(5): 541-550.
17. Queiroz MS, Marin L. Acidentes de trânsito: Atitudes, comportamentos, representações na região de Campinas: Relatório final de pesquisa. Convênio Unicamp/Fapesp; 2000.
18. Freire E. Trauma: a doença do século. São Paulo: Atheneu; 2001.
19. Cavalcante FG, Morita PA, Haddad SR. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(5): 1763-1772.
20. Lane KS, St Pierre ME, Lauterbach MD, Koliatsos VE. Patient profiles of criminal behavior on the context of traumatic brain injury, *J Forensic Sci.* 2016.
21. Arruda BP, Akamatsu PYF, Xavier AP, Costa RCV, Oliveira-Alonso GS, Madaleno IMP. Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. *Acta fisiátrica.* 2015; 22(2): 55-59.

22. Mioto RCT. Do conhecimento que temos à intervenção que fazemos: uma reflexão sobre a atenção as famílias no âmbito das políticas sociais. Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG, organizador. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-livros. 2004.
23. Walsh CF. Fortalecendo a resiliência familiar. Magda França Lopes, tradutor. São Paulo: Roca; 2005.
24. Beuter M, Brondani CM, Szarecki C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. Escola Anna Nery. 2012; 16(1): 134-140.
25. Behn N, Togher L, Power E. Experiences from a communication training programme of paid carers in a residential rehabilitation centre for people with traumatic brain injury. Brain Inj. 2015; 29(13-14): 1554-60.
26. Knihns NS, Franco SC. A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado. Rev ciência, cuidado e saúde Maringá. 2005; 4(2): 139-148.
27. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. Psicologia: reflexão e crítica. 2005; 18(3): 381-389.
28. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência da doença. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2): 397-403.
29. Formisano R, Longo E, Azicnuda E, Silvestro D, D'Ippolito M, Truelle JL, Von Steinbüchel N, Von Wild K, Wilson L, Rigon J, Barba C, Forcina A, Giustini M. Quality of life in persons after traumatic brain injury as self-perceived and as perceived by the caregivers. Neurol Sci. 2016: 1-8.
30. Kratz AL, Sander AM, Brickell TA, Lange RT, Carlozzi NE. Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of spouse and parent perspectives on quality of life. Neuropsychol Rehabil. 2017; 27(1): 16-37.
31. Carlozzi NE, Brickell TA, French LM, Sander A, Kratz AL, Tulskey DS, Chiaravalloti ND, Hahn EA, Kallen M, Austin AM, Miner JÁ, Lange RT. Caring for our wounded warriors: a qualitative examination of health-related quality of life in caregivers of individuals with military-related traumatic brain injury. J Rehabil Res Dev. 2016; 53(6): 669-680.
32. Powell JM, Wise EK, Brockway JA, Fraser R, Temkin N, Bell KR. Characteristics and concerns of caregivers of adults with traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 2017; 32(1): 33-41.
33. Saban KL, Griffin JM, Urban A, Janusek MA, Pape TL, Collins E. Perceived health, caregiver burden, and quality of life in women partners providing care to veterans with traumatic brain injury. J Rehabil Res Dev. 2016; 56(6): 681-692.
34. Adams D, Dahdah M. Adaptive strategies and adaptation of survivors of traumatic brain injuries and primary caregivers. NeuroRehabilitation. 2016; 39(2): 223-37.
35. Rosa CM. Por uma psicoterapia psicanalítica de grupo. Labore. 2011; 10(4): 575-586.
36. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
37. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2014.
38. Benham EC, Ross SW, Mavilia M, Fischer PE, Christmas AB, Sing RF. Injuries from all-terrain vehicles: na opportunity for injury prevention. AM J Surg. 2016; 11(17):1-6.

39. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviços pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 815-822.
40. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Violência no trânsito: expressão da violência social. Brasil. Ministério da Saúde, organizador. Secretaria de vigilância à Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005.
41. Brasil. Resolução Nº 555, de 17 de setembro de 2015. Dispõe sobre o registro e licenciamento de ciclomotores e ciclo-elétricos no Registro Nacional de Veículos Automotores – RENAVAL. Diário Oficial da União, 17 set 2015.
42. Mohtasham-Amiri Z, Dastgiri S, Davoudi\_Kiakalyeh A, Imani A, Mollarahimi K. Na epidemiological study of Road traffic accidents in guilan province, Northern Iran in 2012. *Bull Emerg Trauma*. 2016; 4(4): 230-235.
43. Ghaffari-Fam S, Sarbazi E, Daemi A, Sarbazi MR, Nikbakht HÁ, Salarilak S. The epidemiological characteristics of motorcyclists associated injuries in Road traffics accidents: a hospital-based study. *Bull Emerg Trauma*. 2016; 4(4): 223-229.
44. Marin-Leon L, Queiroz MS. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Caderno de Saúde Pública*. 2000; 16(1): 7-21.
45. Anke A, Manskow US, Friborg O, Roe C, Arntzen C. The family experiences of in-hospital care questionnaire in severe traumatic brain injury (FECQ-TBI): a validation study. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16(1): 675.
46. Boaventura LC, Borges HC, Ozaki AH. Assessment of the burden of adult wheelchair-bound patients with neurological disabilities on the caregivers. *Ciência e saúde coletiva*. 2016; 21(10): 3193-3202.
47. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. Hughes RG, organizador. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
48. Backhaus S, Neumann A, Parrot D, Hammond FM, Brownson C, Malec J. Examination of na intervention to enhance relationship satisfaction aflter brain injury: A feasibility study. *Brain Injury Journal*. 2016; 30(8): 975-85.
49. Craig A, Perry KN, Guest R, Tran Y, Middleton J. Adjustment following chronic spinal cord injury: determining factors that contribute to social participation. *British Journal of Health Psychology*. 2015; 20 (4): 807-823.
50. Cervany CMO, Berthoud CME. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
51. González CO. Atenção domiciliar em pediatria e a mãe cuidadora – o programa de atenção domiciliar do hospital das clínicas da UFMG. (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.