



IV JORNADA DE  
PESQUISA EM  
**PSICOLOGIA**  
DESAFIOS ATUAIS NAS  
PRÁTICAS DA PSICOLOGIA

25 e 26 de novembro de 2011  
UNISC - Santa Cruz do Sul

## **DINÂMICA FAMILIAR E SUAS RELAÇÕES: O QUE ACONTECE QUANDO OCORRE UM ACIDENTE GRAVE NA FAMÍLIA?**

*Ana Cláudia Kasburger  
Dulce Grasel Zacharias  
Universidade de Santa Cruz do Sul*

### **Resumo**

Este trabalho visa apresentar algumas considerações sobre as implicações que um acidente com lesão grave em uma criança tem sobre toda a dinâmica familiar. A coleta dos dados foi feita em sessões semanais de psicoterapia, totalizando até o presente momento vinte e cinco encontros. O paciente do estudo é do sexo masculino, tem 25 anos, solteiro. Aos 7 anos sofreu um acidente, diagnosticado com traumatismo cranioencefálico, e que deixou seqüelas motoras e algumas dificuldades cognitivas. A família é unidade básica de crescimento, de experiência, de realização e de fracasso; promotora tanto de saúde como de doença. Salvo algumas restrições, percebeu-se que a família de R. teve boa capacidade de resiliência para enfrentar as adversidades e da maneira deles, souberam conduzir suas vidas.

**Palavras-Chave:** Família. Traumatismo cranioencefálico. Acidente. Psicoterapia.

### **Introdução**

A família consiste na unidade básica para o desenvolvimento de seus membros e fonte de ajuda, em quaisquer circunstâncias de suas vidas. Uma situação de acidente na família pega de surpresa tanto a vítima, quanto a família; e quando este evento vem acompanhado de poder incapacitante do acidentado, compromete ainda mais a família no seu cuidado (CARVALHO; FREITAS; HOLANDA; SILVA, 2006).

A escolha por este tema deu-se a partir do momento em que na prática do estágio de Psicoterapia, deparei-me com um paciente “diferente” dos demais que eu atendia. Ele falava alto, tinha certas dificuldades para andar e controlar alguns movimentos.

Com o passar do tempo percebi que suas condições alteradas faziam parte de um evento passado que se torna cada dia mais presente. A cada novo dia que chega e que ele se vê no espelho, vê também as marcas que aquele dia deixou na sua vida. Buscando entender quais são e como essas marcas afetam sua vida, este trabalho visa informar sobre os impactos que um acidente com lesão grave em uma criança tem na vida de toda uma família.

### **Métodos**

A partir da escolha do tema, os atendimentos psicoterápicos semanais foram delineando o curso da evolução. O referido paciente, é do sexo masculino, tem 25 anos, solteiro. Em 2011 concluiu o ensino fundamental. Até o presente momento, foram realizados 25 encontros, nos quais busca-se compreender a dinâmica familiar desta família.

### **RESULTADOS**

R. mora com os pais e não trabalha. Há cerca de um mês antes de retornar ao serviço (em março de 2011), rompeu o relacionamento de aproximadamente três anos com M., uma mulher viúva cerca de vinte anos mais velha que ele. M. tem dois filhos já adultos. O relacionamento do casal sempre foi conturbado, brigavam muito, ambas as partes usavam de violência; tendo o casal separado e reatado diversas vezes. Alguns dias depois da última briga, como tentativa de reatar o relacionamento, R. foi procurar M. na casa de seus filhos, tendo sido recebido a golpes de facão. O pior golpe atingiu-lhe a face. R. foi levado ao hospital sendo necessário a realização de mais de 20 pontos em seu rosto, para fechar o ferimento. Enquanto R. estava no Hospital, os filhos de M. foram à Delegacia da Mulher e registraram boletim de ocorrência contra R., alegando ameaça de morte à mãe e invasão de domicílio.

Ao buscar atendimento psicológico para o filho, a mãe relata que ficou com muita raiva de M. e de seus filhos, ainda mais por terem sido covardes e ter agredido seu filho “deficiente”.

Buscando compreender o sentido de ser deficiente para esta família, chamou-se os pais ao serviço para reunir informações. No dia 16 de março de 1994, aos sete anos de idade, ao atravessar uma rua enquanto andava de bicicleta com um amigo, os meninos foram atropelados. R. entrou em coma na hora do acidente. Com diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico, R. permaneceu internado no hospital por três meses. No momento de sua alta hospitalar, já respirava sem ajuda de aparelhos em estado de coma vigil. Assim que retornou para casa, deu início às sessões de fisioterapia duas vezes por semana. Depois de aproximadamente um ano em coma, começou a abrir os olhos, mexer a perna e o braço esquerdo. Aos poucos voltou a pronunciar alguns sons e a falar, ainda com grande dificuldade. Cerca de 3 anos após o acidente, voltou a andar com o auxílio de outras pessoas.

Assim que saiu do coma, a mãe foi orientada a levar R. para sua cama, pois segundo os médicos, ele havia voltado a ser um bebê. Durante cerca de um ano, mãe e filho dormiram na mesma cama. Depois disso, o pai passou a dormir junto com eles. Esta fase perdurou até que R. tivesse 11 anos. Com 10 anos, voltou a estudar. A mãe traz que em todos os lugares, até na escola ele sempre foi bajulado, como se fosse um bebê.

R. apresenta comprometimentos relacionados à fala, para os quais faz tratamento com Fonoaudióloga a aproximadamente sete anos. Dos comprometimentos motores, relata a dificuldade de mexer o lado direito, principalmente a mão e o braço. Tem dificuldade de andar, puxando a perna. Não apresenta motricidade fina. Em decorrência destes fatores, R. que antes era destro, aprendeu a ser canhoto.

R. apresenta várias cicatrizes no rosto, sendo a última relacionada com a briga que teve com os filhos da ex-companheira.

R. é afetuoso e inteligente e a apresenta memória e atenção conservadas. Suas principais dificuldades cognitivas estão na organização do pensamento, na orientação e na linguagem.

R. faz uso de sua condição de “deficiente” pelas vantagens que isto lhe traz. Na tentativa de suprir algumas necessidades e compensar os “nãos”, os pais sempre deram e fizeram tudo que R. quis.

No decorrer dos atendimentos, fomos trabalhando sua necessidade de aprovação e de ser tratado como criança. Trabalhamos questões referentes à possibilidade de trabalhar para

ganhar seu dinheiro e se tornar um pouco independente. Diz que precisa arrumar uma namorada senão vai ficar sozinho quando seus pais morrerem. Durante a psicoterapia, foi possível constatar que para seus pais, eles continuam tendo um filho com 7 anos de idade e R. sabe muito bem as vantagens que isso lhe traz.

## **Discussão**

A criança, devido sua imaturidade, curiosidade, intenso crescimento e desenvolvimento, encontra-se propensa a acidentes, e indefesa e vulnerável a violências.

Atualmente o trauma crânioencefálico (TCE) é considerado um dos maiores problemas de saúde pública. O (TCE) grave é uma das mais prevalentes causas de morte e de deficiência física em todo o mundo. É considerado uma das patologias com maior impacto na qualidade de vida do sujeito (SANTOS; HAYASHI; OLIVEIRA e SILVA; SILVA; EUSTÁQUIO; PEREIRA, 2010).

Entre as crianças que não morrem, significativa porcentagem apresenta dificuldades comportamentais e de aprendizagem, e estima-se que 80% das crianças com traumatismo grave apresentam dificuldades educacionais especiais, sendo necessária a realização de adequações no ambiente educacional (LOBATO, 2006 *apud* SANTOS *et al.*, 2010).

Segundo Santos et al. (2010), estudos comprovam que o prognóstico é mais favorável em crianças do que em adultos. Uma boa recuperação, nesses casos, não significa uma recuperação total, pois a grande maioria das crianças apresenta dificuldades temporárias ou permanentes, relacionadas à cognição e à memória e alguma deficiência física.

Segundo Freire (2001 *apud* ANDRADE, 2009), os acidentes automobilísticos são responsáveis por cerca de 50% dos casos de TCE. Para cada pessoa que morre em acidentes de trânsito, dezenove escapam com vida. Em números, isso equivale a cerca de 500 mil sobreviventes por ano. De cada grupo de dezenove sobreviventes, pelo menos seis deles sobreviverão com alguma forma grave de incapacitação. Portanto, é mais fácil sair vivo, mas incapacitado do que morto em acidentes. Das diversas modalidades de acidentes, a que melhor revela o quão frágil é o corpo humano, e o atropelamento. Quando um carro atinge o corpo de uma criança de seis ou sete anos de idade, atingirá seu abdômen ou tórax, podendo atingir também a cabeça. Dados comprovam que raramente uma criança sobreviverá a atropelamentos com velocidades superiores a 45km/h (BIAVATI; MARTINS,

2007). Estes dados foram considerados já que o caso do paciente deste estudo, assemelha-se a vários destes aspectos.

A gravidade do traumatismo é baseada na escala de coma de Glasgow (ECG), podendo ser leve (ECG de 14 a 15), moderada (ECG de 9 a 13) ou grave (ECG de 3 a 8). Esta escala também é utilizada como parâmetro evolutivo e índice prognóstico (SANTOS *et al.*, 2010).

Segundo Lomba (2006), coma é um estado clínico reversível ou não, no qual ocorre alteração do estado de consciência, podendo durar horas ou vários dias. O coma consiste em uma emergência médica na qual o paciente necessita de cuidados constantes para que mantenha suas funções vitais.

A ocasião do acidente é acompanhada de momentos de crise, nos quais a família precisa acompanhar a vítima lesionada no hospital, e depois, administrar e promover os cuidados necessários a partir da alta hospitalar. Além disso, a família deve ainda tentar manter sua rotina de trabalho normalmente além dos cuidados com os demais membros da família.

Para Serna e Sousa (2005), quando ocorre o TCE em um ente familiar, os sentimentos dos demais membros podem passar por uma crise, que varia da frustração ao sentimento de impotência. A família também pode sentir-se culpada, responsável ou até com raiva sobre o acontecido. Poucos eventos na vida podem causar mudanças tão dramáticas nos papéis, relacionamentos e objetivos como o TCE e as famílias das vítimas sofrem tanto quanto, se não mais do que as próprias vítimas. Estudos internacionais mostram as conseqüências negativas vivenciadas pelos cuidadores de pacientes vítimas de TCE, e entre as principais conseqüências está a depressão.

Quando souberam do acidente, os pais de R. deixaram o que estavam fazendo e foram ao hospital. Sem maiores informações sobre o que havia acontecido e sem poder ver o filho, mantiveram-se de plantão no hospital esperando por informações. Vivenciar os momentos dentro do hospital faz com que aumentem as expectativas do que ainda está por vir.

Quando R. chegou ao hospital já se encontrava em coma. Havia um corte na região frontal da cabeça expondo o crânio. A hospitalização altera o cotidiano da criança, permeando seu processo de crescimento e desenvolvimento, separando a criança do seu convívio com sua família (ARAÚJO; COLLET; MOURA; NÓBREGA, 2009).

Segundo a mãe de R., ele estava se recuperando bem. Depois de alguns dias na UTI, os médicos já percebiam melhoras significativas. O apoio da família é um elemento muito importante, pois oferece segurança ao paciente tanto durante o período de hospitalização como na continuidade dos cuidados após a alta.

A hospitalização de um membro da família gera estresse para toda a família e para o paciente. Frente a isso, percebeu-se a necessidade dos profissionais da saúde trabalhar com todos os envolvidos nessa situação, principalmente com a família, para que estes contribuam de forma mais afetiva com a recuperação do paciente (CARVALHO *et al.*, 2006). Este dado é relevante, pois alerta para a importância de assegurar um preparo adequado para a alta hospitalar do paciente e apoiar o cuidador nesse processo é essencial para amenizar seu sofrimento.

Geralmente o familiar que acompanha o paciente hospitalizado é a mulher (mãe, filha, irmã, tia); tanto a mulher acredita estar melhor preparada para cuidar, como esta habilidade é socialmente reconhecida nela.

R. permaneceu internado no hospital por três meses. Quando retornou para casa encontrava-se no estado de coma vigil. Não se mexia, não andava e nem falava. A casa teve de ser adaptada para que R. pudesse retornar. É comum neste momento que os pais não saibam como lidar com as dificuldades apresentadas.

Durante todo o período em que R. necessitou de cuidados especiais, sua mãe dedicou exclusividade a ele. Naquela época a mãe de R. não trabalhava, o que facilitou a dedicação aos cuidados.

Estudos têm comprovado que o principal fator para bons resultados após TCE refere-se ao ambiente onde a criança está inserida. A família passa por vários estágios durante o processo de recuperação. A primeira preocupação refere-se à sobrevivência da criança; quando esta está assegurada, surgem questões sobre o desenvolvimento de suas capacidades e quando alguma delas está comprometida, a família passa por um processo de luto semelhante ao vivenciado após a morte de um ente (FARIA, 2006).

Quando a família não consegue lidar com as dificuldades apresentadas, os resultados ficam significativamente comprometidos e os problemas aumentam. Após a fase crítica do TCE, os membros da família podem desvalorizar os problemas da criança, pressionando-a a se esforçar mais ou tornam-se superprotetores e então boicotam a participação da criança

nas atividades, e dessa forma a criança perde oportunidades de aprendizagem pela interação social (FARIA, 2006).

Estudos analisam o efeito do TCE na dinâmica familiar e suas conclusões apontam para que passado um ano, muitos casais estão à beira do divórcio, além de conflitos entre os irmãos. Para Lezak (1998, *apud* FARIA, 2006), é importante que os pais compreendam que o processo de recuperação não é um processo de “tudo ou nada”, pois há a possibilidade de determinadas capacidades jamais ser recuperadas. Faria (2006) sugere que os pais devem olhar também para sua saúde emocional, pois correm sérios riscos de desenvolver problemas afetivos e relacionais e nestes casos a autora indica a realização de terapia familiar.

O trabalho com a família deve reforçar seus pontos fortes, encorajando os pais a enfrentar a situação, desenvolvendo novas estratégias para a resolução dos conflitos e de meios de gerir a vida. O principal objetivo é aumentar a percepção de competência, melhorar a auto-estima e estabelecer expectativas realistas frente às limitações e forças da criança (RIVANA; JAFFE; FAY; POLISSAR; MARTIN; SHURTLEFF; LIAO, 1993 *apud* FARIA, 2006).

A forma como cada família enfrenta as dificuldades, ou seja, como lidam com sua capacidade de resiliência, é fator decisivo para a recuperação. Trabalhar a resiliência em famílias que vivem um pós trauma, considera que elas são capazes de enfrentar os desafios e como consequência, desenvolvem-se melhor por meio de atividades colaborativas frente às adversidades (LADVOCAT, 2011).

Segundo Ladvocat (2011), a visão sistêmica considera que as características e necessidades individuais devam ficar em segundo plano e que o foco deve estar nos processos de interação entre seus membros. Ausloos (2002 *apud* LADVOCAT, 2011) acredita que as famílias são capazes de suportar as crises, desenvolver suas competências e reorganizar e recuperar suas responsabilidades.

Como adulto, R. vive uma vida normal, como qualquer outro cidadão. Sua principal restrição está em dirigir automóveis, não tendo o médico psiquiatra o liberado para isto, pois R. apresenta certa lentidão nos movimentos e nos reflexos; o fato de não trabalhar, é que segundo a mãe, se R. começar a trabalhar ele perderá seu benefício assistencial do governo, no qual ele é juridicamente representado por ela, que o declara “deficiente” e incapaz.

Ackerman (1986) define a família como unidade básica de crescimento, experiência, realização e fracasso; promotora tanto de saúde como de doença. Salvo algumas restrições, percebe-se que a família de R. teve boa capacidade de resiliência para enfrentar as adversidades e da maneira deles, souberam conduzir a vida.

## **Conclusões**

Como foi possível perceber, o TCE em crianças tem impacto na vida de toda a família. Os pais concentram-se na criança e nos cuidados, o que resulta numa exclusão de suas próprias necessidades enquanto casal. As conseqüências vão de culpabilidade e sentimentos de falha, infelicidade generalizada à diminuição da qualidade de vida de todo sistema familiar.

Entende-se que cada família é única e sendo assim, as formas como enfrentam os problemas também são particulares. No caso da família em questão, percebe-se que manter R. como um bebê traz ganhos secundários à todos os membros da família e foi desta forma que eles se organizaram nestes últimos dezessete anos.

A partir das intervenções feitas durante a psicoterapia, como a sugestão para que R. procurasse um emprego para que pudesse aumentar o nível de diferenciação da família, foi visto por ela como uma ameaça à sua homeostase.

Na tentativa de suprir os cuidados e a atenção dispensada antes do evento do acidente, muitos pais, sentindo-se culpados, assumem o papel de responsáveis pelos danos causados aos filhos, e como pedido de perdão, se organizam e passam a viver suas vidas em função de um passado que ainda tem muita repercussão no presente.

## **Referências**

ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ANDRADE, M. M. G. **Caracterização e reabilitação de distúrbios cognitivos e comportamentais no traumatismo cranioencefálico (TCE): um estudo de caso**. 2009. 56f. Monografia de Graduação – Curso de Letras. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2009.



ARAUJO, Y.B. de; COLLET, N.; MOURA, F.M.; NOBREGA, R.D. da. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto e contexto – Enfermagem**. Florianópolis, vol.18, n.3, p. 498-505, 2009

BIAVATI, E.; MARTINS, H. **Rota de colisão**: a cidade, o trânsito e você. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2007.

CARVALHO, Z. M. F.; FREITAS, G. L.; HOLANDA, K. M.; SILVA, G. A. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 10 (2), p. 316-322, 2006.

FARIA, M. T. L. Abordagem multidisciplinar no acompanhamento de uma criança com Traumatismo cranioencefálico. **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 24, n.2, p. 235-245, 2006.

LADVOCAT, C. Famílias com crianças adolescentes em situação de risco. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. e cols. **Manual de terapia familiar**. (Vol. 2). Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 39-50.

LOMBA, M. **Objetivo Saúde**: especialidades médicas (Vol.1). 3ª ed. Olinda – PE: Edição dos Autores, 2006.

SANTOS, B.G.M.; HAYASHI, F.C.M.; OLIVEIRA e SILVA, A.V.; SILVA, C.F.; EUSTÁQUIO, R.; PEREIRA, A.B.C.N.G. Trauma cranioencefálico na infância. **Revista de Saúde**. Vassouras, v.1, n.1, p. 07-14, 2010.

SERNA, E. C. H.; SOUSA, R. M. C. de. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.18, n.2, p.131-135 abr./jun. 2005.