

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

Lyvia de Jesus Santos¹
Edilene Curvelo Hora Mota
Gizelle de Oliveira Souza
Milena Caroline Leite Henriques
Universidade Federal de Sergipe

Edvan Maerson de Santana Góis
Faculdade Pio Décimo

Ana Carla Ferreira Silva Santos
Universidade Federal de Sergipe

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 possibilitam o alívio das angústias e contribuem para o enfrentamento das dificuldades diárias e para o aumento na qualidade de vida.

Palavras-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 the 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. The 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 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

¹ Endereço de contato: Rua Honor Grehorio Santos, 98 - Conjunto Leite Neto, Bairro Grageru - Aracaju, Sergipe. CEP 49027-130. E-mail: lyviapsico@gmail.com

de estudio, y discutir las. 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 de 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 despenha 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, 1996b, 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, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, juntamente, 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. Destes, 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 deste 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 1) subsidiaram as falas, por meio das quais os pacientes expressam sentimentos e discorrem sobre uma problemática em particular.

"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, Xavier, e Vieira (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 às 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 a interpretações dos casos em ambiente familiar, o surgimento das neuroses, angústias, depressão, melancolia dentre outros (Freud, 1996e). 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 familia-

res" (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 deste 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-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.

Tomados 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), 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 “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”, Freud (1996c) 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, 1996c, 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-lhe o comportamento, pelas limitações impostas, pela esperança de continuidade de vida. É a percepção de uma “nova chance”, como demonstrada 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, dependendo de todo mundo para tudo. Acho que vou conviver melhor com isso" (P04-m).

"Eu não tenho paciência. Não consigo trabalhar..." (F10-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, 1996c).

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

personais 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, 1996c, 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 (Goidanich & 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, 1996a, p. 443).

Para Roudinesco e Plon (1998), a transferência não é um conceito pura-

mente 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, 1996d, 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, 1996d, 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 definhar, caso se recuse a satisfazer nossas necessidades” (Freud, 1996d, 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 deles 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.

Nesse 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 de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal São João Del-Rei, Minas Gerais, Brasil).
- 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. (1996a). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI, pp. 443-448). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

- Freud, S. (1996b). Além do princípio do prazer, Psicologia de grupos e outros trabalhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII, pp. 81-97). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1996c). O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, pp. 15-63). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (1996d). *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, pp. 73-148). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996e). Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 217-332). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950).
- 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 Needs Questionnaire. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(4), 541-547.
- Hora, E. C., & Sousa, R. M. (2012). Necessidades das famílias após o trauma crânio-encefálico: 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*, 4(2), 139-148.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento* (12a 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*, 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).

Recebido: 22/04/2016
Última revisão: 16/11/2016
Aceite final: 21/11/2016

Sobre os autores:

Lyvia de Jesus Santos - Psicóloga, mestre e doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. E-mail: lyviapsico@gmail.com

Edilene Curvelo Hora Mota - Enfermeira, doutora e professora na Universidade Federal de Sergipe. E-mail: edilenechs@yahoo.com.br

Gizelle de Oliveira Souza - Enfermeira, mestre em Ciências da Saúde (UFS). E-mail: gigiosouza@hotmail.com

Milena Caroline Leite Henriques - Enfermeira, mestre em Ciências da Saúde (UFS). E-mail: mimi.leite@hotmail.com

Edvan Maerson de Santana Góis - Graduando em Psicologia pela Faculdade Pio Décimo. E-mail: chuckdio@hotmail.com

Ana Carla Ferreira Silva Santos - Enfermeira, doutoranda em Ciências da Saúde (UFS). E-mail: carlafss@yahoo.com.br

