

Reabilitação psicossocial da criança com traumatismo cranioencefálico: conseqüências na afetividade/emocional*

Vera Lúcia Rodrigues Alves**
Harumi Nemoto Kaihami***

RESUMO

As autoras colocam em pauta a reabilitação psicossocial da criança com traumatismo cranioencefálico, em suas diferentes facetas, considerando-se os déficits físicos, cognitivos e aspectos afetivos/emocionais. Destacam a posição que os pais ocupam no momento de crise e as conseqüências posteriores no âmbito emocional. Ressaltam a violência que ocorre com as crianças e com os pais, decorrentes de normas culturais e sociais. Concluem, enfatizando a responsabilidade partilhada entre pais, crianças e sociedade com respeito à questão da prevenção.

UNITERMOS

Criança. Traumatismo cranioencefálico. Psicologia. Reabilitação.

SUMMARY

The authors refer to psychosocial rehabilitation of brain injured children, considering physical, cognitive deficits and affective/emotional aspects. They give special attention to the position parents occupy in the crisis moment, soon after the accident, and to the further consequences of it in the emotional ambit. They also emphasize the violence against children and parents due to social and cultural rules, stressing the responsibility shared by parents, children and society on the matter of prevention.

KEYWORDS

Child. Brain injury. Psychology. Rehabilitation.

O traumatismo cranioencefálico é grande causador de mortes e seqüelas psicomotoras na infância e adolescência, e frequentemente os pacientes que sobrevivem, apresentam déficits neurológicos e psicológicos.

As causas relacionadas a esses acidentes são diversas, como podemos verificar na tabela elaborada por Zuckerman e Conway⁶. Nessa tabela vamos nos ater ao fato (em função da relação idade x acidente) que na maioria das vezes os pais e/ou responsáveis estão de alguma forma diretamente envolvidos.

* Trabalho apresentado no V Congresso Paulista de Cirurgia Pediátrica – São Paulo, 13/11/1998

** Mestra em Psicologia Social, Diretora do Serviço de Psicologia da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP

*** Mestranda da FMUSP, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP

Endereço para correspondência:

Rua Diderot, 43 – CEP 04116-030

Perante qualquer um desses acontecimentos os pais podem se “culpar” achando que deram a segurança necessária aos seus filhos, bem como apresentarem **medo** de uma perda eminente, o medo da morte. Dessa forma, o que **importa aqui** é superar esse risco, não considerando as conseqüências em termos de seqüelas físicas ou cognitivas futuras.

“E nesse aspecto o sentimento de medo como uma experiência social adquirida mediante a comunicação”³, pode tornar-se um inibidor, um paralisador do consciente, visto que nesse primeiro momento o medo aparece como uma forte emoção, desencadeada por um imprevisto agravado pela comunicação social, ou seja, a notícia é transmitida por alguém que detém poder e conhecimento, o médico.

E as representações que os pais conseguem fazer/ter nessa circunstância pode levar a reações como:

- pais que diante de um choque dessa natureza ficam inconsoláveis e não conseguem assimilar e cooperar com a equipe e com o tratamento;
- pais que “superam o choque” por um comportamento “racional” e rapidamente cooperam com o tratamento;
- pais que aparentam uma aceitação (calma desconcertante, um pseudoconformismo, o que normalmente é um problema, pois o entendimento, percepção do diagnóstico e prognóstico em geral são distorcidos e confusos (negação)).

Destaca-se aqui a relevância da equipe multidisciplinar em conscientizar os pais e familiares do diagnóstico e prognóstico, fornecendo informações e esclarecimentos em linguagem acessível,

quantas vezes forem necessárias, ouvir e tentar entender. Enfim, a equipe deve ser continente com os pais para que possam lidar com essa situação imediata. Em um momento de crise o emocional bloqueia o intelectual.

Em um segundo momento, quando a criança está em processo de recuperação, surgem outras dificuldades; visto que a criança irá apresentar mudanças comportamentais, conforme o comprometimento de leve a severo, verificando-se problemas puramente comportamentais ou cognitivos de aprendizagem.

As crianças podem apresentar dificuldades na adaptação psicossocial, déficits cognitivos, nem sempre visíveis quando pequenas, aparecendo quando do início da aprendizagem escolar por volta de 5/6 anos, quando se exige maior capacidade abstrativa, necessitando elaborar relações entre elementos cada vez mais complexos, e também déficit na área motora, quer seja em grandes movimentos ou em coordenação motora fina. Há que se diagnosticar e tratar o déficit de memória, visto que este poderá comprometer a aprendizagem da criança em seus diferentes aspectos.

Os pais podem apresentar dois sentimentos ambíguos, rejeição x superproteção e amor x ódio. Têm de lidar com a perda do filho que tinham (antes do acidente) e olhar esse que se encontra a sua frente, com suas limitações e desvantagens. Há ainda a culpa por não se sentirem bons pais, bem como começam a demonstrar medo frente ao futuro, apresentar sentimentos/ansiedades com relação ao prognóstico.

Fletcher e cols.¹ relatam que os pais identificam problemas com autocuidado, esquemas sociais e julgamentos, derivados da observação

Tabela 1
Causas relacionadas à idade e traumatismos cranioencefálicos na infância

Idade	Todos danos	Danos severos	Observações
2 anos	quedas	abuso de criança acidente em veículo motorizado	raro dano severo passageiros não-contidos
2 a 5 anos	quedas	acidente em veículo motorizado	maioria de passageiros não-contidos, mas começamos a ver atropelamentos por veículo motorizado
6 a 12 anos	quedas	acidente em veículo motorizado dirigindo veículos	atropelamentos por veículo motorizado, bicicletas, motocicletas, todos veículos terrestres, skate e patins
Adolescentes	acidente em veículo motorizado danos nos esportes	acidente em veículo motorizado	motoristas, alta porcentagem entre jovens

Obs.: Em todos os grupos o número de meninos excede o de meninas.

diária de seus filhos. Aponta que devemos estar alertas para problemas de comportamento já existentes. Assim temos sempre de verificar as características das crianças e do ambiente familiar antes e depois do acidente, para não haver uma distorção do potencial esperado.

Conviver com o tempo e a melhora gradativa e lenta é muito difícil e angustiante para a família como um todo.

Os pais podem apresentar problemas no relacionamento conjugal, buscando um culpado na história. A depressão pode ocorrer, e os aspectos negativos ficam tão ressaltados que fica difícil até olhar as possibilidades da criança.

Os pais podem tanto rejeitar essa criança, prova da incapacidade deles em cuidar, como superprotegê-la, para que não tenha mais sofrimentos. As duas formas podem tolher as possibilidades de desenvolvimento dessa criança.

Nesse circuito não devemos nos esquecer que a família extensa se mobiliza também, criando novas histórias e significados que tanto podem auxiliar essa família a reestruturar-se como imobilizá-la. O trabalho do psicólogo, nesse momento, como conselheiro, orientador e psicoterapeuta, pode facilitar essa reorganização.

Processo de reabilitação

O objetivo da reabilitação das crianças com prejuízo do sistema nervoso central consiste em:

1. definir as condições de trato nas quais a criança é capaz de funcionar otimamente;
2. identificar, desenvolver e treinar até o máximo as habilidades que a criança mantém potencialmente;
3. reintegrar a criança à comunidade.

Para conseguirmos atingir esse objetivo, devemos avaliar a criança em todos os aspectos quer seja físico, psicológico ou social; verificar os recursos existentes na comunidade, as condições de relacionamento familiar e o suporte que essa família pode ofertar, facilidade de escolarização e outros.

Quando lidamos com crianças devemos distinguir durante a avaliação entre a capacidade de responder e a disposição de fazê-lo, bem como distinguir entre a impossibilidade de responder devido à incapacidade motora, problemas comportamentais ou problemas de outra ordem, como, por exemplo, não ter recebido estimulação adequada. Assim, temos sempre que levar em conta o desenvolvimento da criança antes da ocorrência do acidente, bem como o contexto em que cresceu.

Como Halpern nos coloca², o programa de reabilitação deve considerar a capacidade de a

criança aprender, respeitando seu próprio tempo e considerando suas dificuldades em áreas específicas, como, por exemplo, na atenção, motivação e retenção. Na medida em que a criança quer agradar aos pais e aos profissionais, podemos estar exigindo demais, conduzindo-a ao estresse. Assim devemos atentar para esse fator.

Durante esse processo é comum aparecer o sentimento de “vergonha” e medo perante o olhar do outro. Os pais podem demonstrar o receio de que seu filho venha a ser enquadrado na representação social preexistente de doente/deficiente junto à comunidade, ficando patente a dificuldade de lidar com o preconceito vigente, que muitas vezes interfere na aceitação e uso de adaptações e órteses que facilitariam a funcionalidade e qualidade de vida desses pacientes, assim como seu convívio social (escola/lazer).

A violência contra as crianças e a violência contra os pais

As considerações tecidas acima retratam várias situações de violência física praticadas contra as crianças ao mencionarmos acidentes de automóvel, quer estejam essas como passageiras, quer estejam como pedestres. Há, portanto, inserido nesse discurso, o descuido do adulto em relação a essas crianças.

É importante referenciar a situação de abuso, pois é uma das formas que pode resultar em traumatismo cranioencefálico, situação esta na qual o médico deve estar atento ao exame efetuado e na história contada. Geralmente, é provocada por um dos genitores de forma constante. Assim, podemos notar que existem fraturas em diversos locais de seu corpo, estando já consolidados ou em fase de consolidação. Os pais relatam como se houvesse uma queda da criança, provocando o acidente no momento.

Esses casos exigem um procedimento diverso, em que o psicólogo é chamado para compreender o caso, avaliar as relações familiares, o porquê do silêncio. Exige-se também as medidas jurídicas cabíveis, tais como notificação ao Juizado de Menores, no sentido de proteger essa criança. Os pais devem receber tratamento adequado, quer seja psiquiátrico e/ou psicológico, de forma a verificar a possibilidade de receberem a criança novamente em casa ou mesmo perderem a sua guarda, se for o caso.

Nesse sentido, a reabilitação dessa criança se processará de forma diferente do mencionado anteriormente, pois teremos de dar um suporte para ela no sentido de trabalhar com o trauma ocorrido e suas conseqüências.

Entretanto, não poderíamos deixar de comentar sobre a violência contra os pais, pois estes são os "responsáveis" pelo mal-estar das crianças. Assim é que os programas de prevenção colocam em pauta. Como podemos exigir que os pais estejam alertas 24 horas em relação a seus filhos? E aquele segundo, quando o olhar desvia e a criança não está mais ao lado dos pais? Será que educar as crianças para que elas também se responsabilizem por seus comportamentos é algo que não admite erros de nenhum dos lados?

A carga para os pais também é pesada. Como esperar que, apesar de não haver um trâmite judicial, os pais já não dêem sua própria sentença como culpados? E não sentir o olhar do outro de forma acusatória, mesmo em uma queda infeliz?

Podemos pensar, então, que a cultura e a sociedade estão organizadas de tal forma que à criança se dá o ar da inocência, o ar do não-saber, e para o adulto dá-se o ar do infame, o ar do saber. Temos então uma distinção entre a vítima e o algoz. Tanto um quanto o outro podem ser ora vítima, ora algoz. Devemos estar alertas para não julgarmos e avaliarmos de forma estanque, perdendo de vista as pessoas a nossa frente, cada uma necessitando de ajuda de forma específica e solicitando esta aos profissionais.

Prevenção

Muitas campanhas têm sido promovidas para evitar-se acidentes, pois o custo com tratamento e reabilitação dessas crianças é muito alto, como alertam Jaffe e cols.⁴. As campanhas de um modo geral enfocam os pais e enfatizam os seguintes temas, aqui sintetizados da seguinte forma:

- acidentes com veículos motorizados:
 - uso de cinto de segurança;
 - uso de *air-bag*;

- esportes competitivos e recreacionais:
 - uso de capacetes (bicicletas, *skates*, *hockey*);
 - necessidade de supervisão do adulto;
 - evitar esportes como boxe;
 - *playground* com superfície macia.
- programas educacionais:
 - grades nas janelas;
 - corrimão nas escadas;
 - não ter armas de fogo em casa.

Prevenir é trabalhar intensamente com os pais para que possam estar informados e então poder decidir a melhor forma de atuarem como tais, fornecendo segurança e proteção a seus filhos. Dessa forma, a carga para os pais torna-se pesada e nem sempre passível de ser lidada de forma tranqüila. Há que se pensar que a responsabilidade é dos pais no sentido também de poderem educar seus filhos de forma a que estes respondam por seus atos. Podemos então colocar que a responsabilidade, na medida em que as crianças crescem, é tanto dos pais quanto dos filhos. A sociedade deve participar conjuntamente nessa questão, favorecendo locais adequados e seguros para seus cidadãos.

Referências bibliográficas

1. FLETCHER, J.M. *et al.* - Behavioral outcomes after pediatric closed head injury: relationships with age, severity, and lesion size. *Journal of Child Neurology*. 11 (4): 283-290, 1996.
2. HALPERN, D. - Reabilitação de crianças com lesão cerebral. In: KOTIKE, F.J.; STILLWELL, G.K.; LEHMANN, J.F. - **Krusen: tratado de medicina física e reabilitação**. São Paulo, Editora Manole, 1986.
3. HELLER, A. - **Teoría de los sentimientos**. Barcelona, Ed. Fontamara, 1985.
4. JAFFE, K.M. *et al.* - Pediatric traumatic brain injury: acute and rehabilitation costs. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 74: 681- 686, 1993.
5. MILLER, L. - Family therapy of brain injury: syndromes, strategies, and solutions. *The American Journal of Family Therapy*. 21 (2): 111-121, 1993.
6. ZUCKERMAN, G.B.; CONWAY, E.E. - Accidental head injury. *Pediatric Annals*. 26:10 621-632, 1997.