

## SENTIDOS DE SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO PARA UM PACIENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

Júlia de Paula Oliveira  
(Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí – UFG/RJ)  
Mayna Ferreira Lima  
(Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí – UFG/RJ)  
Cintia Bragheto Ferreira  
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM)

### Resumo

O objetivo desse trabalho foi compreender os sentidos do processo saúde-doença-cuidado para um paciente com traumatismo crânio-encefálico. Para tanto, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra em conjunto com relatos clínicos de atendimentos individuais do paciente. Os dados foram analisados embasados na literatura do campo das doenças crônicas disponível em artigos e livros indexados. A análise mostrou que a concepção de saúde para o paciente, antes e após o trauma, assim como a de doença não sofreram mudanças significativas. Entretanto, o trauma promoveu no paciente a adoção de práticas mais alinhadas à saúde. Portanto, aponta-se a relevância do cuidado multiprofissional direcionado a essa população, na tentativa de potencializar a saúde e a autonomia, mesmo na presença da enfermidade.

*Palavras-chave:* saúde; doença; psicologia da saúde.

### Abstract

#### *Meanings of Health, Illness and Care for a Patient with Brain Damage*

The aim of this study was to comprehend the meanings of health-illness-care process for a patient with traumatic brain injury. Therefore, it used semi-structured interviews, recorded and transcribed together with clinical reports of individual patient care. Data was analyzed based on the field of chronic diseases literature and books indexed. The analysis showed that the conception of health and illness changed a little for the patient before and after injury. However, the occurrence of trauma induced changes on the adoption of more aligned health practices. Therefore, it is pointed out the relevance of multidisciplinary care aimed at this population in an attempt to enhance the health and autonomy, even in the presence of the illness.

*Keywords:* health; illness; health psychology.

## Introdução

A partir do século XX a expectativa de vida da população mundial aumentou devido às contribuições da medicina, da higiene e da nutrição, diminuindo, portanto, mortes por doenças agudas. Contudo, a incidência das doenças crônicas tem se mostrado mais frequente, comprometendo a saúde da população pelas suas causas e consequências. As causas que levam um indivíduo a desenvolver uma doença crônica são variadas, compreendendo desde uma dieta inadequada e ausência de exercícios físicos (Lyons & Chamberlain, 2006), até sua ocorrência poder ser desencadeada por fatores externos, como no caso dos acidentes decorrentes do uso de armas brancas, por exemplo.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2009) apontam que a violência está colocada dentre as principais causas de acidentes e mortes que incidem sobre a população masculina brasileira. Dentre as consequências desses atos violentos está a ocorrência do Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), que se destaca como a principal causa de óbitos (100.000 pessoas anualmente) e sequelas em pacientes multitraumatizados. A inter-relação das doenças crônicas com o TCE, se estabelece

a partir do momento em que a doença, no caso o traumatismo, assume um caráter constante, não evidenciando melhora no quadro do paciente. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), denomina-se de fase crônica, pacientes que apresentam sequelas mais prolongadas. O TCE pode ser conceituado por uma agressão de ordem traumática, que acarreta uma lesão anatômica ou um comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges, encéfalo ou seus vasos, podendo causar incapacidade e morte (Brasil, 2013; Gaudêncio & Leão, 2013).

De acordo com Rolland (1995), para a família do doente crônico, uma das consequências mais temidas é a possibilidade da morte do ente querido em decorrência da enfermidade, o que causa forte impacto psicossocial no ciclo de vida familiar. Outros fatores alarmantes para a família é a incapacitação do paciente, que pode resultar no prejuízo da cognição e no desempenho de atividades de vida diária. Devido a essa incapacitação é necessário um reajustamento no ciclo de vida familiar, visto que o doente crônico necessita de maior atenção e cuidado.

Para o doente, a condição de cronicidade pode afetar diretamente seu autocuidado, acarretando prejuízos em sua autonomia, gerando isolamento e a

sensação de ser um peso para a família cuidadora (Gasparelo, Sales, Marcon, & Salci, 2010; Teston, Santos, Cecilio, Manoel, & Marcon, 2013).

De acordo com Ferreira, Martins, Braga e Garcia (2012), os pacientes com doença crônica tendem a demonstrar sentimentos de tristeza, irritação, insegurança, sofrimento e desconforto. Além disso, a família está sujeita a vivenciar estresse e ansiedade, em virtude de lidar com a gravidade da doença e o sofrimento de alguém próximo, além da possibilidade da morte do ente querido. Os sentimentos despertados a partir do estabelecimento da cronicidade podem acarretar ainda depressão na família e/ou no próprio doente (Caetano, Fernandes, Marcon, & Decesaro, 2011).

Na tentativa de ampliar a compreensão das repercussões das doenças crônicas, torna-se igualmente importante caracterizar os modelos biomédico e biopsicossocial de cuidado em saúde. No modelo biomédico as causas das doenças estão estritamente ligadas aos aspectos físicos e biológicos, excluindo assim os processos psicológicos e sociais. Contudo, é um modelo que permitiu o desenvolvimento de tratamentos como vacinas e procedimentos cirúrgicos, dentre outros, contribuindo para um diagnóstico mais preciso, assim como o tratamento e a

cura de muitas doenças. Em contrapartida, esse modelo recebe críticas que o caracterizam como reducionista, o que contribuiu para o surgimento do modelo biopsicossocial, o qual busca considerar os aspectos sociais, psicológicos e biológicos para a construção da saúde e da doença (Lyons & Chamberlain, 2006).

O modelo biopsicossocial implica em uma visão holística, que considera mente e corpo envolvidos no processo saúde-doença (Lyons & Chamberlain, 2006) e que se difere de várias maneiras do modelo biomédico, inclusive, em relação aos seus focos, visto que o modelo biomédico se ancora no combate às doenças, enquanto que o modelo biopsicossocial está voltado para a construção de saúde. A causa da doença para o modelo biomédico é uma disfunção biológica, já para o modelo biopsicossocial, as doenças são o resultado da integração de fatores biológicos, psicológicos e sociais. O papel do médico no modelo biomédico é o de determinar unilateralmente o tratamento e o processo preventivo de determinada doença, enquanto que no modelo biopsicossocial, o médico tem o papel de colaborar no tratamento e no processo preventivo, tanto da saúde quanto da doença (Reis, 2007). Outras críticas tecidas ao modelo biomédico se referem à centralidade do

atendimento da enfermidade e não da pessoa, além da falta de diálogo entre médico e paciente. Essas limitações, portanto, apontam para a importância da superação da visão centrada na doença como o único modo de enfrentamento dos problemas. Dessa forma, as ações de saúde precisam ter como base as necessidades percebidas pelos usuários em suas dimensões biopsicossociais (Borges, Mishima, & McNamee, 2008; Oliveira & Casanova, 2009).

Contudo, tomando como referência as repercussões das doenças crônicas na história de vida daqueles que as vivenciam, assim como os valores que sustentam os modelos biomédico e biopsicossocial de cuidado em saúde, ainda são escassos os estudos sobre a compreensão de um acontecimento como o TCE, na perspectiva do paciente. Sendo assim, o presente estudo objetivou compreender os sentidos do processo saúde-doença-cuidado, para um paciente em situação crônica, devido a um acidente que ocasionou um trauma craniano, deixando o referido paciente dependente, necessitando de um cuidador frequente.

### **Método**

A pesquisa realizada caracteriza-se como um estudo de caso, visto o interesse

em se investigar um evento específico (Bogdan & Biklen, 1994), a saber: as especificidades da vivência do processo saúde-doença-cuidado para um paciente com TCE. Este trabalho deriva de um projeto maior, que objetivou compreender os sentidos do processo saúde-doença-cuidado para pessoas acometidas por doenças crônicas, cuidadores e profissionais de saúde.

#### *Participante: Apresentação do caso clínico*

Participou da pesquisa um indivíduo em situação crônica de saúde, caracterizada por um TCE que lesionou o hemisfério direito do cérebro do referido participante, afetando os movimentos do braço e perna esquerdos do paciente.

O contato inicial com o participante se deu por meio de um serviço escola de Psicologia, ofertado por um curso de Psicologia de uma universidade pública, localizada em Goiás, onde a irmã do paciente solicitou atendimento psicológico para o mesmo.

O paciente, chamado de Leonardo (nome fictício), tem 36 anos, é solteiro e pai de um menino, com o qual não mantém contato. Leonardo mora com a mãe, que é sua principal cuidadora.

Em julho de 2012, Leonardo, que era usuário de drogas, foi abordado por

conhecidos na rua, que lhe golpearam a cabeça, deixando-o inconsciente. Leonardo foi encontrado desacordado na rua e levado ao hospital, onde permaneceu internado em uma UTI por 45 dias.

Após a retomada de consciência e saída do hospital, Leonardo foi levado para casa, porém, com sequelas de locomoção e fala, acarretando um cotidiano de dependência de um cuidador constante. O acompanhamento fonoaudiológico proporcionou o retorno de sua fala. Mas, o acompanhamento fisioterapêutico, mesmo que inconstante, ainda não havia proporcionado a Leonardo a recuperação de seus movimentos de marcha, até o momento em que os dados do presente estudo foram coletados.

Os atendimentos de Leonardo tiveram uma sequência de 7 meses. Todos os atendimentos foram realizados semanalmente na residência do paciente, em virtude de sua dificuldade de locomoção. Durante esse período foi possível identificar que sua principal queixa estava relacionada à ausência de seus movimentos motores. Leonardo encontrava-se acamado e dependente da família.

#### *Procedimentos*

#### *Cuidados éticos*

A pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 120/13). Apresentando o cumprimento às questões éticas, deve-se esclarecer que o paciente participante do estudo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, proporcionando um momento de esclarecimentos em relação ao sigilo e a sua possibilidade de interromper a pesquisa em qualquer momento, não havendo quaisquer prejuízos.

#### *Instrumentos*

A entrevista foi um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados deste estudo. De acordo com Aragaki, Lima, Pereira e Nascimento (2014), a entrevista permite processos de negociação de sentidos entre pesquisador e participante, considerando que ao longo de seu processo, possibilita transformação e desafio aos posicionamentos que vão acontecendo nessa construção, desse modo, essa ferramenta permite uma produção de conhecimentos mútuos.

Foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas. Na primeira entrevista, foi perguntado ao paciente o que, e como ele pensava sobre saúde-doença-cuidado, antes do acidente e, na segunda entrevista o que e como ele pensava sobre os mesmos conceitos, após o acidente. Além disso, os dados das entrevistas foram complementados pela leitura cuidadosa dos

relatos de atendimentos psicológicos individuais realizados semanalmente durante sete meses com Leonardo, perfazendo um total de vinte e oito sessões. As entrevistas foram realizadas na casa do paciente, utilizando-se um gravador de voz, com duração média de 50 minutos cada.

### *Análise dos dados*

Todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e lidas de forma exaustiva, juntamente com os relatos das vinte e oito sessões realizadas com o paciente, para que os sentidos mais significativos sobre saúde, doença e cuidado pudessem emergir (Spink, 2000). Posteriormente, todos os sentidos foram analisados ancorados em estudos científicos publicados em periódicos e livros indexados que versassem sobre doenças crônicas, bem como nos valores que sustentam os modelos biomédico e biopsicossocial de cuidado em saúde.

### **Resultados e Discussão**

Os sentidos de saúde, doença e cuidado, para o entrevistado deste trabalho, foram organizados e analisados de forma retrospectiva, a saber, antes do TCE e depois dele, na tentativa de ampliar a

compreensão da vivência da condição crônica do participante. Para Leonardo, antes do acidente, os conceitos de saúde e doença emergiram interligados, ou seja, saúde foi associada a algo bom e à ausência de doença e, doença, a algo desconhecido e impensável, como se pode acompanhar a seguir.

A saúde era muito boa, não ia nem em hospital realizar exames.

Eu não imaginava doença, nem pensava nisso, não sabia o que era doença [...]. Doença eu não tinha, eu não tinha nem ideia, nem imaginava eu, desse jeito que estou aqui.

É possível perceber nas falas do entrevistado a relação da sua concepção de saúde e doença com o modelo biomédico, visto que nesse modelo, a causa da doença se deve a uma disfunção biológica ou modelo inadequado de vida (Lyons & Chamberlain, 2006). Além disso, Leonardo faz a associação da doença às idas aos hospitais e somente ao seu próprio estado físico. Além disso, percebe-se a ausência de discursos relacionados à prevenção e à promoção de saúde.

Em relação ao termo cuidado, antes do acidente, Leonardo, frequentemente, referiu que se expunha aos riscos em seu trabalho e nos lugares que frequentava.

Cuidado comigo? Eu nunca tive, eu precisava ter, porque eu trabalho com carros, com tintas, tinha que usar máscara, mas nunca usei [...]. Eu ia pra casa dos meus colegas usar drogas, ficava até de madrugada na rua e no outro dia tinha que trabalhar cedo. Não dava satisfação da minha vida pra ninguém.

A partir das falas do participante, pode-se afirmar que suas ações cotidianas, anteriores ao trauma, não eram voltadas para o autocuidado, visto que integrar práticas de cuidado em saúde, na população, tais como a prevenção, ainda é um desafio (Oliveira & Casanova, 2009). Somado a isso, os autores citados reafirmam os princípios do modelo biomédico, que centrado na doença, contribui para a disseminação de práticas de saúde reducionistas, não propiciando o cuidado como sinônimos de promoção de saúde e prevenção de doenças.

No que se refere ao cuidado com os outros, Leonardo cuidou por um período muito curto, de seu filho, sendo que este foi morar com a mãe e desde então ambos não tiveram mais contato. Em relação às outras pessoas e inclusive com quem hoje tem a posição de sua cuidadora principal, sua mãe, o paciente afirma nunca ter tido o hábito de cuidar dessas pessoas. Aliás, Leonardo relatou que anteriormente ao

trauma, a relação com sua mãe e irmãos era um tanto frágil, pois permanecia pouco tempo em casa, acarretando um distanciamento familiar.

Eu não parava em casa, sabe?! Eu saía, tinha dia que eu passava a noite fora e nem avisava minha mãe, e ela não dormia enquanto eu não chegava [...]. Eu não cuidava dela (mãe), e com os meus irmãos quase não tinha contato, às vezes reunia em casa ou tinha alguma festinha de aniversário e eu fazia era sair, nem me importava com minha família, nem conversava direito com eles.

Em contrapartida, o paciente afirmou que pretende recuperar o contato com o seu filho e estabelecer uma relação de cuidado com ele e seus familiares, quando tiver condições físicas para se locomover sozinho.

Quando eu voltar a andar eu vou pegar o ônibus e vou lá atrás dele (filho), não sei como eu vou achar porque não tenho nem endereço nem nada, mas eu vou dar um jeito. Ele deve tá grande já, mas eu quero encontrar e cuidar dele, sei que a mãe entregou ele pra cunhada então nem sei como ele deve tá hoje em dia, [...] eu quero ser um pai que eu não fui antes. Eu penso que

quando eu melhorar eu vou cuidar da minha mãe, do meu irmão, vou retribuir tudo que ela já fez por mim.

Posteriormente, em uma segunda entrevista, as mesmas questões foram feitas ao paciente, com o intuito de compreender sua concepção sobre os conceitos de saúde, doença e cuidado após o acidente. Para Leonardo, saúde significa não ter nenhuma doença, assim como relatou pensar antes do acontecimento do acidente. Além disso, ele compreende que seu estado atual é de adoecimento.

Saúde pra mim é não ter nenhuma doença, igual eu aqui, eu tô doente, não consigo andar. Minha doença é porque eu não estou andando.

Leonardo também demonstrou ansiedade e raiva, as quais ficaram evidentes ao discorrer sobre a sua falta de condição para trabalhar.

É muito ruim ficar parado aqui e não poder fazer nada, fico pensando em como eu trabalhava e como poderia estar trabalhando, e tô aqui parado sem poder me mexer direito, às vezes eu fico assim com raiva, e impaciente com a situação que eu tô. Têm dias que eu até tento levantar daqui porque fico inquieto e muito ansioso, mas, não consigo nem sentar sozinho, aí eu

fico mais irritado ainda de não poder fazer nada.

Portanto, é possível perceber que alguns dos aspectos psicológicos do adoecimento citados por Ferreira *et al.* (2012), são vivenciados por Leonardo, tais como ansiedade, tristeza, desconforto, irritação, sofrimento e limitação, vistas como consequência da perda da independência e do autocontrole que a doença crônica geralmente implica.

Entretanto, apesar da situação atual de Leonardo limitá-lo a realizar variadas tarefas cotidianas e despertar sentimentos de impotência, tristeza e raiva, foi possível perceber que o paciente pensa em um futuro melhor, apoiado nas dificuldades que estão instaladas para conseguir reverter a sua condição.

Eu estou sabendo assim que não vai ser fácil, que vai ser difícil. É uma coisa que a gente faz todos os dias é andar e não dar graças a Deus, é uma coisa tão séria, agora eu vou dar graças a Deus todos os dias, porque Deus vai abençoar que eu vou voltar a andar aí eu quero ver se eu tento não correr perigo mais [...]. Cuidado é eu assim, andar mais devagar, procurar andar com as pessoas que não vão me fazer mal.



Portanto, após o acidente, Leonardo associou o termo cuidado a não se lançar de forma inconsequente em algumas situações, procurando sempre o melhor para si, demonstrando que houve uma mudança em sua concepção de cuidado após o TCE, ao afirmar buscar relacionamentos melhores e saudáveis.

Eu não quero andar com pessoas que pode me fazer mal, quero andar mais devagar, e com pessoas boas, igual a garota da igreja que eu conheci, [...] ela é gente boa, o pessoal lá da igreja são pessoas honestas que querem o bem, eu quero ter amizades assim, e fazer coisas boas. O que eu quero é ser diferente do que era antes.

Por meio de sua fala, é possível afirmar que Leonardo ampliou positivamente sua concepção de cuidado a partir da vivência do TCE, concordando com autores como Ferreira *et al.* (2012), ao afirmarem que uma doença crônica mesmo sendo causadora de sofrimento e repleta de aspectos negativos, traz consigo pontos positivos que devem ser reforçados, em prol de conhecê-los melhor, assim como as vivências agradáveis que o doente crônico pode ter, pois o contato com a doença crônica pode despertar o autocuidado.

O processo de ser cuidado assim como afirmam Teston *et al.* (2013), ainda é

um processo que interfere intimamente na independência do doente crônico frente à necessidade de um outro para satisfazer suas próprias necessidades, concordando com o incômodo relatado por Leonardo, apresentado a seguir.

Ser cuidado pra mim é a pior coisa que existe, isso é a pior coisa que podia ter acontecido comigo. A minha mãe não pode sair pra lugar nenhum porque tem que cuidá de mim [...]. O meu irmão tem que vir me dá banho, tem que deixar a família, o trabalho pra vim aqui me dá banho. Eu acho muito ruim isso.

Por meio das falas apresentadas anteriormente é evidente que a situação de cronicidade de Leonardo trouxe mudanças não só para ele, mas para todos a sua volta, concordando com as afirmações de Rolland (1995), ao apontar que os surgimentos das mudanças no ciclo familiar a partir da vivência de uma doença crônica podem gerar redistribuições de papéis e representar um estressor para o paciente e sua família.

O trauma sofrido por Leonardo o levou a necessitar de uma atenção integral de sua cuidadora e de outros familiares, o que parece ter contribuído para os sentimentos de incapacidade e tristeza já despertados pela própria existência da

doença. Todas as dificuldades e o sofrimento de Leonardo, relatados por ele durante a realização das entrevistas, concordam com o que foi identificado na análise dos relatos das sessões clínicas realizadas com ele, os quais demonstram sua necessidade de superação.

Eu sinto que morri e nasci de novo, é assim que minha prima me disse esses dias, e ela tem razão, eu poderia ter morrido, agora tenho que ser forte para superar e mudar minha condição [...]. Quando eu conseguir andar, será diferente, quero trabalhar, montar um negócio próprio, voltar a estudar, buscar contato com meu filho [...]. Deus me deu um fardo muito pesado pra eu carregar, tá difícil, mas com fé em Deus eu vou conseguir.

Percebe-se que assim como nas entrevistas, os relatos de Leonardo mostram uma visão mais centrada em adotar uma postura que possa lhe proporcionar mais controle sobre a sua própria vida, além de relatar que não pretende se envolver com pessoas que representem más influências como antes, ou voltar a se envolver com drogas. Ao relatar sobre seus sonhos e desejos, Leonardo mostra-se bastante esperançoso em voltar a andar e mudar a sua vida. Em outros relatos, foi possível também

perceber seu sofrimento, decorrente de sua atual dependência para a prática de atividades de vida diária, o que impossibilita que sua cuidadora desempenhe outras atividades também.

É muito ruim não poder fazer as coisas e ainda estorvar outra pessoa a sair, [...] sabe o que é não poder ir pegar uma água, sentar sozinho? É difícil, eu tô sofrendo muito.

Outro fator importante presente nos relatos de Leonardo é a função da religião para o enfrentamento da sua condição de doente crônico. De acordo com os relatos, é possível perceber que inicialmente o TCE emergiu como sinônimo de punição divina frente aos hábitos de vida que adotava antes do acidente. Entretanto, mais recentemente a religião emerge associada à esperança e consolo.

Os meninos passava aqui pra me levar pra igreja, e aí lá eu ficava pensando, porque que Deus deu esse castigo pra eu carregar, é um fardo muito pesado esse que eu tô carregando. Eu andava com pessoas erradas, envolvido com as drogas, mas nunca pensei que isso pudesse acontecer. Às vezes não tenho vontade nem de viver mais. Mas hoje eu tento pensa que Deus que vai me tirar desse

estado, eu tenho fé e esperança, acredito que vou andar. Eu rezo e peço a Deus pra me dar força.

Assim como afirmam Mota, Trad e Boas (2012), a religião exerce um papel de produção de sentido, possibilitando pensar nos fatos rotineiros e explicações para a situação presente, assim como a gravidade da enfermidade enfrentada, proporcionando ainda a reflexão sobre a morte. Muitas vezes, a fé é entendida como um suporte para lidar com o adoecimento, contribuindo para uma sensação de coerência, além de conforto e esperança de cura.

Sendo assim, nas falas de Leonardo os sentidos dos conceitos de saúde, doença e cuidado mostram que antes do acidente ele não se preocupava com a sua saúde e se expunha a altos riscos, pretendendo após o ocorrido adotar uma conduta dita cuidadosa.

### **Considerações finais**

Para Leonardo, antes e após o acidente, o conceito de saúde se manteve caracterizado como ausência de doença, entretanto, a disponibilidade de Leonardo para construir mudanças que são consideradas saudáveis, demonstra um modo de conceber a saúde de forma muito

mais ampliada do que apenas ausência de doença.

Sobre a temática doença, anterior ao acidente, a mesma era considerada algo desconhecido, o que mudou posteriormente ao trauma, tornando-se algo que o incapacitou a realizar suas atividades cotidianas.

Em relação à temática cuidado, pôde-se perceber que após o acidente, ele pretende buscar melhores hábitos para a sua vida, a fim de estabelecer novos cuidados consigo mesmo que anteriormente não possuía. Além disso, para Leonardo, ser cuidado por alguém é algo que gera grande desconforto, em virtude do sentimento de impotência gerado pelo grau de dependência estabelecido em relação à sua cuidadora.

O presente estudo ao buscar pela compreensão dos sentidos de saúde-doença-cuidado, para Leonardo, anteriormente e posteriormente ao acidente por ele sofrido, identificou que o trauma vivenciado não modificou significativamente os sentidos de saúde e doença, mas modificou os sentidos de cuidado, promovendo no participante o relacionamento com o próprio corpo muito mais próximo ao conceito ampliado de saúde, mesmo em meio a tantas impossibilidades impostas pelo TCE. Sendo assim, é necessário que as equipes

de saúde possam também trabalhar engajadas na tentativa de ampliar a autonomia e as potencialidades de pacientes e familiares, possibilitando assim a diminuição do sofrimento vivenciado por todos os envolvidos no processo saúde-doenças crônicas-cuidado.

Sugere-se ainda que mais estudos possam ser realizados na tentativa de compreender se outros pacientes com TCE modificaram o modo como interpretam as temáticas saúde-doença-cuidado, após o trauma sofrido, assim como se outras doenças crônicas podem promover mudanças naqueles que as vivenciam.

### Referências

- Aragaki, S. S., Lima, M. L. C., Pereira, C. C. Q., & Nascimento, V. L. V. (2014). Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. do Nascimento, & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. (pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Borges, C. C., Mishima, S., & McName, S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(1), 8-19.
- Caetano, J. P. M., Fernandes, M. V., Marcon, S. S., & Decesaro, M. N. (2011). Refletindo sobre as relações familiares e os sentimentos aflorados no enfrentamento da doença crônica. *Ciência, cuidado e saúde*, 10(4), 845-852. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18331
- Ferreira, H. P., Martins, L. C., Braga, A. L. F., & Garcia, M. L. B. (2012). O impacto da doença crônica no cuidador. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, 10(4), 278-284.

- Gasparelo, C., Sales, C. A., Marcon, S. S., & Salci, M. A. (2010). Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. *Ciência, cuidado e saúde*, 9(3), 535-542.
- Gaudêncio, T. G., & Leão, G. M. (2013). A epidemiologia do traumatismo crânio-encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. *Revista Neurociências*, 21(3), 327-434. DOI: 10.4181/RNC.2013.21.814.8p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil: Autor.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: a critical introduction*. New York: Cambridge. DOI: 10.1017/CBO9780511807985.
- Mota, C., Trad, L.A.B., & Villas Boas, M.J.V.B. (2012). O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 665-675. DOI: 10.1590/S1414-32832012000300007.
- Oliveira, C. M., & Casanova, A. O. (2009). Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 929-936. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300029.
- Reis, J. (2007). Educação para saúde: reprodução ou construção? Passividade ou atividade? In: Trindade, I. & J. A. C. Teixeira (Orgs.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp. 65-78). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Roland, J. S. (1995) Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: B. M. S. W. Carter, & M. S. W. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 373-392). Porto Alegre: Artmed.
- Spink, M. J. P. (2000). *Desvendando as teorias implícitas: Uma metodologia de análise das representações sociais*. In: P. Guareschi, S., & Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (pp. 117-145). Petrópolis: Vozes.
- Teston, E. F., Santos, A. L., Cecilio, H. P. M., Manoel, M. F., & Marcon, S. S. (2013). A vivência de doentes crônicos e familiares frente a necessidade de cuidado. *Ciência, cuidado e saúde*, 12(1), 131-138. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i1.21721.

**As autoras:**

**Júlia de Paula Oliveira** é graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí – UFG/RJ, e.mail: jupoliveira@hotmail.com

**Mayna Ferreira Lima** é graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí – UFG/RJ, e.mail: mayferlim@gmail.com

**Cintia Bragheto Ferreira** é Professora Adjunta, Departamento de Psicologia, Curso de Psicologia Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, e.mail: cintiabragheto@gmail.com

**Recebido em:** 05/04/2017.

**Aprovado em:** 16/06/2017.