

Perfil Social de Familiares de Pacientes com Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Um Estudo Exploratório

Silvia C. Halpern¹, Alessandra de Matas Soares, Letícia Lovato Dellazzana², Marlise Kreischmanr³, Simone Hauck, Lucia Helena Ceitlirt, Sidnei Schestatsky⁴, Letícia Kruef⁵, Walter de Nisa Castro Neto⁶

Resumo

Este trabalho descreve o perfil das famílias de 12 pacientes vítimas de estupro atendidas pelo Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma Psíquico (NET-trauma) do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram estudadas famílias de pacientes com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) através de um protocolo de atendimento padronizado. O TEPT é um transtorno de ansiedade que se desenvolve após exposição a um evento traumático, podendo causar, nos indivíduos, impedimentos para desenvolver atividades diárias, que merecem atenção e tratamento. A família também é profundamente afetada necessitando de intervenção. O NET-trauma surgiu com uma proposta de atendimento de caráter multidisciplinar dirigida a pessoas expostas ao trauma e suas famílias.

Palavras-chave: transtorno de estresse pós-traumático; trauma; estupro; abordagem familiar.

¹ Assistente Social, Terapeuta de casal e família, Membro da equipe do NET-trauma

² Psicólogas e Terapeutas de casal e família

³ Psicóloga e Terapeuta de casal e família, Membro da equipe do NET-trauma

⁴ Psiquiatras, Membros da equipe do NET-trauma

⁵ Acadêmica de Psicologia, Membro da equipe do NET-trauma

⁶ Biólogo

Social Profile of Families of PTSD Patients': An Exploratory Study

Abstract

This paper describes the family profile of 12 patients that suffered sexual assaults, and received treatment in NET-trauma (Center of studies and treatment of psychological trauma of the Psychiatry Service of Hospital de Clínicas of Porto Alegre). The families studied had patients with PTST (Posttraumatic stress disorder), through a standardized protocol. The PTSD is an anxiety disorder which develops after one being exposed to a traumatic event, which leads to a severe impairment to develop daily base activities. These problems deserve attention and treatment. The family is also deeply affected and need intervention. NET- trauma was developed with the goal to assist, in a multidisciplinary way person victims of trauma and their families.

Keywords: *Posttraumatic stress disorder; trauma; rape; family approach.*

Introdução

Os fenômenos traumáticos e seu impacto sobre os indivíduos expostos ao trauma tornaram-se foco da atenção da comunidade científica, a partir das grandes guerras. Impulsionados pela ênfase, nos Estados Unidos, nas necessidades geradas pelo acolhimento de veteranos da guerra do Vietnã, em meados da década de 70, pesquisadores interessaram-se por populações de traumatizados, estudando a literatura sobre sobreviventes do Holocausto e os trabalhos existentes sobre vítimas de acidentes e queimaduras.

A partir dos estudos iniciais foi construída uma lista dos 27 sintomas mais comuns nas "neuroses traumáticas", que foram comparadas com as fichas clínicas de 700 pacientes veteranos do Vietnã, o que acabou por se constituir no embrião dos critérios usados pelo DSM-III para incluir na sua classificação diagnóstica a categoria Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Dentro desta nova categoria, foram então incluídas diversas síndromes como a do *trauma do estupro*, da *mulher espancada*, dos *veteranos do Vietnã* e a da *criança abusada*. Esses dados levaram à revisão dos critérios diagnósticos na edição revisada do DSM-III (DSM-II-R), que agrupou os sintomas como é apresentado pelo DSM-IV ou seja, manifesta

ções de re-experimentação, evitação e excitabilidade aumentada (APA, 1994; Schestatsky, 2003).

A epidemiologia do TEPT tem mostrado um aumento significativo de casos. Estatísticas recentes mostram uma estimativa de que em torno de 5.2 milhões de norte-americanos com idade entre 18 e 54 anos foram diagnosticados com TEPT. Estudos encontraram uma prevalência ao longo da vida de 11% para mulheres e 5,5% para os homens, confirmando que o TEPT apresenta uma prevalência substancial, afetando 8% da população adulta americana (APA, 1994; Schestatsky, 2003). Essa prevalência que torna a frequência do transtorno bastante comum, pode estar relacionada, dependendo da vulnerabilidade do indivíduo, a eventos traumáticos relativamente comuns na comunidade (Breslau et al, 1991; Kessler et al, 1995; Ballenger, et al., 2004).

Estudos evidenciaram que 40 a 70% dos indivíduos vivenciaram pelo menos um trauma maior ao longo da vida, dentre eles estupro, tortura, agressão com faca ou arma de fogo, violência sexual, ameaças de morte, espancamento grave, acidentes de carro, incêndios, inundações, e estresses psicológicos intensos, mas nem todos desenvolveram sintomas de TEPT. Isso sugere que a determinação do transtorno tem uma etiologia multifatorial onde fatores constitucionais e sócio-culturais também estão envolvidos no desenvolvimento da síndrome, além da magnitude do trauma. Alguns autores afirmam que o desenvolvimento de sintomas de TEPT vai depender mais de fatores subjetivos, ou seja, do significado que o sujeito atribui ao fato estressor, do que da severidade do fato propriamente dito (Gabbard, 1998).

Em virtude das características semelhantes entre as comunidades de cultura ocidental, pode-se inferir que, apesar de não existirem dados epidemiológicos sobre a frequência do TEPT no Brasil, a incidência de eventos traumáticos se assemelhe à encontrada em outros países já pesquisados.

Referencial teórico

O TEPT é definido como um transtorno de ansiedade que se desenvolve após exposição a um evento traumático. Pessoas podem desenvolver este transtorno ao vivenciar, testemunhar ou serem confrontadas com situações de morte ou ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à sua integridade física ou de outros (Yehuda, 2001). Indivíduos que possuem o diagnóstico de TEPT passam a apresentar sintomas como: recordar ou reviver o evento de forma repetida e intrusiva, problemas de sono, pesadelos, irritabilidade, rai-

va, dificuldade de concentração, perda de interesse, distanciamento e isolacionismo, e passam a evitar atividades, locais ou assuntos que tragam à lembrança o evento traumático (Kaplan e Sadock, 1997).

Outros problemas de ordem emocional podem estar associados ao TEPT como: ataque de pânico, depressão, pensamentos suicidas, abuso de substâncias psicoativas, e impedimento severo para desenvolver atividades do dia-a-dia, problemas estes, que merecem atenção e tratamento. As reações físicas mais freqüentes que o paciente apresenta são semelhantes as do pânico como sudorese, tremores, palpitações, falta de ar, tontura e desconforto gástrico (Feeny et al. 2000).

Uma das manifestações mais grave e muito freqüente do TEPT é decorrente da violência sexual. Felipe e Philippi (1998) conceituam o estupro como o ato sexual praticado à força contra uma pessoa. Burgess e Holmstrom (1974) definem o estupro como o conhecimento carnal da mulher feito de forma violenta, forçada e contra a sua vontade, sendo o mesmo primariamente um ato de violência em que o sexo é a arma.

De acordo com Pepitone-Rockwell, (1978), o estupro é um ato violento que gera para a vítima uma imensurável e inesquecível crise. Os relatos são de uma experiência devastadora por também envolver medo extremo de morte. Sua vida é severamente modificada assim como para sua família e pessoas de sua rede social. Sendo um crime de violência, o estupro, induz a uma crise vital que impõe um trauma tanto psicológico quanto fisiológico à vítima. O indivíduo traumatizado sente que seu conceito de mundo e papel dentro dele foram irrecuperavelmente destruídos e que o senso de segurança ou poder pessoal não podem ser readquiridos. Para as mulheres que sobrevivem às agressões físicas ou abuso sexual, não existe qualquer dúvida sobre a pontuação da seqüência: a vida é dividida em antes e depois (Imber-Black, 1994).

As crenças mais afetadas pelo estupro são a vulnerabilidade pessoal, a sensação da ausência de significado no mundo e a visão positiva de outras pessoas. A perda da vulnerabilidade pessoal resulta em uma percepção de um mundo inseguro, ameaçador e perigoso (Moscarello, 1990).

Trauma: repercussões no sistema familiar

Quando uma pessoa vivencia um trauma e sofre de TEPT, a família é também profundamente afetada. Quando as reações ao trauma são severas e permanecem por muito tempo sem tratamento, elas podem causar danos maiores a todo grupo familiar. Mesmo quando o trauma é vivenciado por um só indivíduo, outros familiares podem reagir negativamente, porque

situações traumáticas geram muito sofrimento e outras tantas reações adversas a todos que estão próximos.

O trauma pode repercutir na família de diferentes formas e gerar inúmeros sentimentos e reações. Foa e colaboradores (2000) descreveram as reações mais comuns como pena, culpa e vergonha, depressão, frustração, desesperança, sentimento de impotência, medos, preocupação excessiva, raiva que adicionam mais dificuldades para enfrentamento do problema. Frequentemente, reações sintomáticas de um ou vários membros da família podem ser tão intensas que seja necessário algum tipo de intervenção terapêutica (Miermont e cols., 1994).

O papel crítico que a família e o grupo social podem desenvolver no estágio de recuperação deve ser enfatizado. A família deve ser encorajada a identificar a rede social e a confiar em pessoas que possam apoiá-la (Dattilio e Freeman, 2004).

Entre os fatores que influenciam a resposta do estresse pós-traumático está o sistema de suporte social. Este é considerado de grande importância, pois influencia na minimização dos sintomas ou na potencialização dos mesmos. Moscarello (1990) observa que a vítima que possui um forte sistema de suporte social tem uma maior chance de superar o trauma do estupro. A qualidade do suporte social está associada a resultados positivos na saúde mental dos indivíduos.

Existem evidências de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde e acelera os processos de cura, ou seja, é geradora de saúde (Sluzki, 1997). A ausência de sistemas de apoio social e de coesão comunitária é um fator de risco que pode aumentar a severidade dos sintomas. A vítima sai-se melhor quando recebe apoio imediato e é capaz de ventilar seu medo e raiva para familiares ou para a equipe de saúde (Jacobson e Jacobson, 1997).

Material e Método

Em 2003, o Núcleo de Estudos e Tratamento de Trauma Psíquico (NET-trauma) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) passou a atender em regime ambulatorial mulheres vítimas de estupro, encaminhadas pela emergência deste hospital. A abordagem a estas mulheres possui um caráter multidisciplinar com ênfase na psicoterapia, psicofarmacologia, abordagem sócio-familiar, terapia familiar e de grupo, bem como pesquisa. O NET-trauma vem firmando-se como programa de assistência com o

auxílio de diferentes segmentos da comunidade como serviços de saúde, jurídico, policial, ONGs e outros.

A intervenção com as famílias das pacientes encaminhadas ao NET-trauma é realizada com o objetivo de auxiliar as mesmas a verbalizarem seu próprio entendimento a respeito do evento traumático da paciente, possibilitando a expressão de sentimentos muitas vezes pouco explicitados. É dada ao familiar a possibilidade de superação da situação através de apoio, informação, intervenção de crise e terapia familiar quando necessário. São avaliadas também as possibilidades e limites da rede de suporte social da paciente como um todo, com a intenção de amplificar seus recursos de ajuda.

A partir desses atendimentos foram estudadas 12 famílias de pacientes com diagnóstico de TEPT que ingressaram no NET-trauma no período de junho a dezembro de 2003. Através de um *Protocolo de Atendimento* padronizado realizou-se um levantamento do perfil sócio-demográfico das famílias das vítimas que freqüentaram o ambulatório neste período. As variáveis estudadas foram: escolaridade do familiar, situação marital e etnia. Também foram investigados o tipo de formação da família do paciente e a atitude do informante em relação ao evento. Os dados foram armazenados em um banco de dados e foi realizada análise estatística descritiva.

Resultados

Do total de 24 pacientes atendidas no NET-Trauma, analisou-se o perfil sócio-familiar das 12 famílias que compareceram para atendimento. Os dados sócio-demográficos (descritos na Tabela 1) mostraram uma renda familiar média de dois e meio salários mínimos; dois terços das pacientes possuíam companheiro; 58,3% dos casos provinham de famílias originais e 41 % de famílias reconstituídas. Quanto ao tipo de trauma, 10 pacientes sofreram abuso sexual por desconhecidos e duas delas foram vítimas de violência doméstica. Quase na totalidade dos casos atendidos (83,3%) foram os familiares que compareceram ao atendimento, nas demais situações, as pacientes vieram acompanhadas de amigas. Quando indagadas sobre que idéia tinham sobre a violência, 33,3% das famílias culpabilizaram a vítima pelo ocorrido. Todas as pacientes atendidas relataram terem utilizado recursos legais/policiais e de saúde, 33,3% receberam auxílio familiar e apenas 8,3% relatou ter utilizado recursos de sua comunidade.

Tabela 1. Dados Sócio-Demográficos

Variável	Categorias	F	%
Grau de Parentesco	Familiar	10	83,3
	Não Familiar	2	16,7
Etnia	Caucasiano	6	50,0
	Afro-descendente	6	50,0
Situação Marital	Com companheiro	9	75,0
	Sem companheiro	3	25,0
Escolaridade	Ensino fundamental completo	1	8,3
	Ensino fundamental incompleto	3	25,0
	Ensino médio completo	3	25,0
	Ensino médio incompleto	4	33,3
	Superior completo	1	8,3
Tipo de Família	Original	7	58,3
	Resconstituída	5	41,7
Atitude frente ao evento	Culpabilizam a vítima	4	33,3
	Não culpabilizam a vítima	8	66,7

A vivência prática

A seguir apresentamos três vinhetas clínicas, que de forma resumida, ilustram algumas situações vivenciadas nos atendimentos com os familiares.

Caso 1

A família de A. foi encaminhada ao NET-trauma devido ao estupro sofrido por sua filha de 19 anos, quando a mesma ia para o trabalho. Naquele dia, a mãe não pode acompanhá-la, pois o carro havia estragado. Ela verbaliza que se tivesse dado carona à filha poderia ter impedido o ocorrido, demonstrando enorme dor e sentimento de culpa. Neste caso, poder

falar sobre seus sentimentos como culpa, impotência frente ao evento traumático e a fantasia de que poderia ter evitado o fato, e pensando estratégias de como auxiliar a filha em seu tratamento fez com que a mesma se sentisse acolhida e aliviada, podendo ter uma atitude mais positiva em relação a A.

Caso 2

Os pais de D. (14 anos) vieram para o atendimento familiar porque a mesma foi abusada sexualmente quando ia para a escola. A família é proveniente de uma pequena comunidade que se mobilizou ativamente para dar suporte à família, não julgando e entendendo que o estupro sofrido por D. havia sido um lamentável incidente, de que a menina havia sido vítima. Os pais, apesar da gravidade da situação, conseguiram falar sobre o que aconteceu e sobre todas as atitudes que tomaram, que incluiu o suporte da família extensa, bem como o da comunidade em que vivem, buscando o melhor encaminhamento médico, policial e legal da situação.

Em ambos os casos, observa-se que cada grupo familiar reage ao estupro de forma peculiar, embora com sintomatologia similares. Em relação ao apoio familiar, observou-se que as famílias que possuem uma rede social de apoio ampla, um bom funcionamento prévio, e uma atitude de não culpabilização apresentaram melhores recursos para lidar com o problema, conforme ilustrado acima.

Caso 3

E. comparece ao atendimento familiar, pois sua sobrinha F. (15 anos) foi estuprada por um jovem com quem estava começando a se relacionar. A mãe de F. é falecida e ela e os irmãos moram com a tia (E). Esta comenta que a sobrinha não a obedecia, saía sozinha à noite sem avisar e costumava sair com rapazes que mal conhecia direito. A tia relatou ainda que seu relacionamento com F. não era bom e que a comunicação entre elas era difícil desde que a mãe de F. faleceu. Para a tia, o estupro foi visto como uma consequência do comportamento de F.

Este caso exemplifica que famílias que culpabilizam a vítima, muito freqüentemente apresentam dificuldades prévias de relacionamento. Fatores relacionados à extrema ansiedade e culpa dos familiares são comuns nestas situações, e devem ser abordados para um melhor desenvolvimento do tratamento.

A descrição dos casos acima nos mostra as diferentes formas de manejar com a situação do estupro. São muitos os fatores que determinam a forma como as famílias reagem e enfrentam o problema.

Conclusão

O estudo e a pesquisa do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) continuam despertando o interesse do mundo inteiro, uma vez que as repercussões da experiência traumática nos indivíduos têm sido descritas como causadoras de profundo dano físico, psíquico e funcional. O evento gerador do TEPT nessa amostra foi a violência sexual, o que confirma a alta prevalência desse evento. Os dados preliminares sugerem que esta população, portadora do diagnóstico de TEPT em função de terem sofrido violência sexual, utiliza poucos recursos da rede familiar e comunitária e que seus familiares mostram-se muito resistentes em lidar com o problema devido ao estigma gerado pela violência sexual.

O fato de apenas 12 famílias ter vindo ao atendimento familiar pode sugerir que estas se sintam despreparadas para falar sobre a violência ou desconhecem que sua importância no tratamento da vítima é extremamente relevante.

Observou-se um alto grau de ansiedade das famílias ao falar na violência ficando evidente que o trauma possui um impacto também nos familiares, e que suas vidas também se alteraram significativamente após a agressão. Desta forma, os resultados reforçam a idéia de que a abordagem de famílias se faz necessária para um melhor manejo do problema.

No que se refere à família imediata (nuclear ou origem), parece particularmente importante envolvê-la no tratamento, bem como assisti-la. A sua reação à violência sexual tem uma influência determinante na capacidade da vítima de lidar com o problema e suas conseqüências. Por outro lado, a família imediata deveria ser ajudada no sentido de capacitar-se a dar suporte à vítima.

Existem vários tratamentos para este transtorno, e ainda não está comprovado que um seja mais eficaz que outro. A literatura aponta para uma associação de medidas terapêuticas para uma melhor resposta ao problema, sendo elas: psicoterapia, terapia medicamentosa, terapia cognitivo-comportamental, abordagens psicoeducativas, terapia de casal e família e de grupo (Jacobson e Jacobson, 1997; Bronchard, 2001; Lubin, et al. 1998).

Nosso trabalho visa a ajudar as famílias a retomarem suas vidas, por mais gravemente que tenham sido afetadas com o ocorrido, ou seja,

auxiliar a que elas não considerem o trauma como a única experiência em suas vidas. Os dados obtidos nesse estudo exploratório sugerem a necessidade de novas pesquisas sobre o tema com um maior universo de abrangência. A sistematização do atendimento as famílias deve se constituir em parte integrante do protocolo de ações para um maior entendimento dos fenômenos e dinâmica familiar, e para uma intervenção terapêutica mais eficaz.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. 4th. Ed. Washington (DC).
- Ballenger, J. C. & cols. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from international consensus group on depression and anxiety. *J. Clinic Psychiatry*, (65)1, 55-62.
- Breslau, N.; Davis, G. C.; Andreski, P. & cols. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Bronchard, M.; Robin, M.; Mauriac, F.; Waddington, A; Noiro, M. N.; Dev, C.; Bisson, F., Kanna, S. & Polge, C. (2001). Managing adolescent and adult victims of extra-familial rape soon after aggression. *Encephale*, 27 (1), 1-7.
- Burgess, A W. & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 13, 9.
- Dattilio, F. M.; Freeman, A. & cols. (2004). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situação de crise*. (2a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Feeny, N. C.; Zoellner, L. A.; Fitzgibbons, L. A, & cols. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 489-498.
- Felipe, S. T. & Philippi, J. N. (1998). *O corpo violentado: Estupro e atentado violento ao pudor*. Florianópolis: Editora UFSC.
- Foa, E. B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinic Psychiatry*, 61(5), 43-48.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM- VI*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Imber-Black, E. & cols. (1994). *Os segredos da família e na terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jacobson, J. L. & Jacobson. A. M. (1997). *Segredos em psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kaplan, H. L., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª. ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinic Psychiatry*, 61(5),4-12.
- Lubin, H., Loris, M., Burt, J. & cols. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1172-1177.
- Miermont, J. & cols. (1994). *Dicionário de terapias familiares: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moscarello, R. (1990). Psychological management of victims of sexual assault. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35 (2), 25-30.
- Schestatsky, S. & cols. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 8-11.
- Sluzki, C. (1997) *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tarrier, N. & Humphreys, A. (2004). PTSD and social suport of the interpersonal environment: The development of social cognitive behavior therapy. In Steven Taylor, *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder cognitive behavior perspectives*. Nova York: Springer.
- Yehuda, R. (2001). Understanding post-traumatic stress disorder. *Journal Clinics of Psychiatry*, 25(1), 3-9.

Endereço para correspondência:

shalpern@terra.com.br

Recebido em 10/05/2005

Aceito em 19/5/2005