



**Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC**  
**Graduação em Psicologia**

**A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA A PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE  
VASCULAR CEREBRAL ATRAVÉS DE GRUPOS TERAPEUTICOS DE SUPORTE**

*The psychological intervention on stroke victims through support therapy groups*

Patrícia Torres Vianna Barreto<sup>1</sup>, Cristiane Berriel Veroneze<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduanda do curso de graduação de Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC

<sup>2</sup> Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF; e, Saúde Coletiva Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF; Psicanálise, Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF e Professora da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC.

**RESUMO**

Este artigo discutiu a importância da realização de grupos de suporte para pacientes vítimas de acidente vascular cerebral como suporte social e psicológico e fator interferente no prognóstico e evolução clínica diante do adoecimento, das sequelas, e do sofrimento físico e psíquico envolvidos. Uma revisão bibliográfica foi realizada acerca do tema e discutidos os fatores terapêuticos grupais e efeitos possíveis para pacientes. Estudos de grupos de suporte com outros tipos de pacientes fragilizados foram citados. Comprovou-se a efetividade destes grupos no tratamento de pacientes em situações de vulnerabilidade física e/ou psíquica.

**Palavras chaves:** Acidente Vascular Cerebral. Grupos de Suporte. Sofrimento.

**ABSTRACT**

This article discussed the importance of support groups to stroke victims as a social and psychological support and as part of the prognostic and clinical evolution throughout the disease, aftermaths and physical/psychic suffering. It was performed a literature review about this subject and discussed the group therapeutic factors and its possible effects on the patients. Support groups studies with other kinds of patients were also mentioned. It has been proved the effectiveness of these groups treating patients under reduced physical and/or psychic capabilities.

**Keywords:** Stroke. Support groups. Suffering

**Endereço para correspondência:** Patrícia Torres Vianna Barreto  
Rua José Campomizzi, 135/104, Centro. Ubá – MG Cep 36500-000  
Email: [origemvrb@hotmail.com](mailto:origemvrb@hotmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

Ao nascer, quando a criança ainda é um ser muito frágil, ela precisa de alguém que a ajude a reconhecer o mundo, que lhe cuide e que dê a ela o suporte que precisa. A mãe, ou aquela que exerce tal função, se predispõe para que caminhem juntas. Assim, no decorrer da vida, mesmo quando adulto, o ser humano precisa do outro para sentir-se amado, estimado, valorizado, compreendido, informado e cuidado. Isso se sublinha e se torna muito evidente quando, independentemente da idade, o ser adoece (Filho, 2007).

E durante todo o caminho de sua vida o ser humano estará intimamente relacionado com a doença, quer ela seja vista como ameaça potencial, como realidade a ser vivida ou como sofrimento de um ser querido que se encontra adoecido. As situações de perda, as deficiências físicas, amputações, dores crônicas, dentre outras, afligem o ser humano de forma avassaladora (Moura, 1996).

Surgem portanto, os vários suportes sociais que se apresentam como determinadas formas de relacionamento em grupo, onde prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas. Esses grupos oferecem subsídios para o enfrentamento da realidade pelo homem (Filho, 2007).

As terapias grupais têm apresentado larga aplicação no tratamento de doenças tanto físicas quanto psíquicas, principalmente aquelas realizadas em grupos com formação homogênea e que se encontrem com regularidade. Estar reunido com aquele que está na mesma situação permite que o indivíduo se sinta imediatamente identificado, compartilhando as mesmas angústias, esperanças, limitações, prescrições e recomendações. Vínculos interpessoais são criados e mantidos e ainda, complementam a coesão e o apoio que as pessoas precisam no enfrentamento do sofrimento (Filho, 2007).

Os grupos têm sido entendidos como lugares de compartilhamento, onde participantes dividem suas dificuldades, perdas, tristezas e experiências no enfrentamento de suas dores (Cardoso e Seminotti, 2005). Participar de grupos com aqueles que sofrem de uma mesma condição, facilita a identificação além de contribuir na resolução das dificuldades e dos desafios que se assemelham. E ainda, reduz o isolamento social que possa ter surgido em virtude das sequelas de uma doença e do possível estigma que ela traz (Bechelli e Santos, 2004).

Em virtude de informações do DATASUS (2012) de que as doenças vasculares cerebrais e suas sequelas triplicaram no país no período de 2008 a 2012 e que, desde então as pessoas com obesidade e AVC tem sido alvo de estratégias de cuidado cada vez mais

elaboradas; e se Canguilhem (2010) tem razão em sua concepção de que ter saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico, enfrentar situações novas, enfrentar e superar as infidelidades do meio, ou ainda, poder viver em conformidade com o meio externo instituindo novas normas para viver, temos muitos pacientes e muito trabalho a realizar com tais. Trata-se de uma questão de saúde pública.

Neste sentido, a produção deste artigo vem possibilitar a discussão da efetividade da realização de grupos de suporte psicológico para pacientes vitimados por acidente vascular cerebral e contribuir para a evolução dos estudos em torno desta temática e do aprimoramento do atendimento e assistência destes pacientes.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 O adoecer**

O ser humano está intimamente relacionado com a doença, quer ela seja vista como ameaça potencial, como realidade a ser vivida ou como sofrimento de um ser querido. Adoecer é perder uma condição anterior de vigor, de produção, de defesa. As situações de perdas em geral, tais como deficiências físicas, doenças crônicas, dentre outras, levam à quebra de certezas e ilusões e ao questionamento: “Por que eu”? Trata-se, portanto de um momento de vulnerabilidade, solidão e muitas vezes de isolamento (Moura, 1996).

Percorrendo brevemente o histórico do conceito de saúde, pode-se dizer que houve uma grande evolução no que tange às concepções, reflexões e discussões que embasaram práticas em relação à saúde (Gutierrez PR, Oberdiek HI, 2001).

Nos primórdios das civilizações, os homens utilizavam como explicação os pensamentos sobrenaturais para os acontecimentos em sua volta, percebendo as doenças como decorrentes de causas externas e a saúde como recompensa pelo seu bom comportamento. Neste sentido, destaca-se, a uni causalidade como consequência de fatores externos (Gutierrez PR, Oberdiek HI, 2001).

De acordo com Hipócrates (séculoVI a.C.) e o início da história da medicina, a doença era vista como uma reação global da pessoa a um distúrbio(interno ou externo), envolvendo corpo e “espírito”, também considerada uma lesão anatomoclínica. O objetivo da medicina consistia em restabelecer a harmonia da pessoa com o seu ambiente e consigo mesma (Camon, 2011).

A cultura clássica grega foi, deveras, muito importante na evolução do conceito de saúde, pois promoveu a incessante busca por uma explicação racional para os acontecimentos,

descartando elementos mágicos e religiosos, considerando a observação empírica, a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social do sujeito (Gutierrez PR, Oberdiek HI, 2001).

A Idade Média foi marcada pelo período do feudalismo e pela forte influência do cristianismo sobre a visão de saúde e doença. Foi uma época considerada por estudiosos como uma época de estagnação de conhecimento. No final deste período, com as crescentes epidemias, retoma-se a ideia de contágio entre os homens, cujas causas estavam relacionadas à magia, ao envenenamento das águas pelos leprosos, ou ocasionados por bruxarias (Gutierrez PR, Oberdiek HI, 2001).

Já na Idade Moderna, com a introdução da máquina a vapor, a intensificação do ritmo produtivo e a crescente demanda de mão de obra, o corpo e a saúde física e mental tornam-se objeto de políticas, práticas e normas, surgindo as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas (Westphal M F, 2007).

Nos séculos XVII e XVIII registraram-se muitos avanços na medicina, com o descobrimento do microscópio e o desenvolvimento da bacteriologia. Destaca-se a adoção da política sanitária como política de saúde, que obrigava os sadios a adotarem comportamentos adequados à saúde e os indivíduos doentes a se isolarem (Westphal M F, 2007).

No século XIX o conhecimento científico avançou enormemente em medicina clínica, bem como em patologia e fisiologia. Marcado pela Revolução Industrial, com o aumento da incidência da mortalidade geral e infantil, o século XIX foi permeado por estudos que trouxeram os conceitos de medicina social e saúde coletiva. Henry Sigerist, nesta época, insere o conceito, hoje tão essencial, de ‘promoção da saúde’ (Westphal M F, 2007).

Com a evolução do Estado, a saúde passa a ter “valor” dentro da sociedade, vista também como forma comercial e como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento dos países. Foi exatamente isso que Foucault (*apud* Lourenço et.al.) em 1982 expôs: a modificação da medicina do século XIX, introduzindo o controle dos corpos por meio da normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos, necessários para a sustentação do capitalismo emergente, sendo assim até os dias atuais. Era necessário ter saúde, quase uma obrigação!

Na contemporaneidade, destaca-se a evolução do conceito saúde, caminhando juntamente com as contribuições que as discussões sobre promoção da saúde proporcionaram. O Relatório Lalonde, elaborado a partir de estudos do ministro canadense Lalonde em 1970 e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em

setembro de 1978, se destacaram nessa discussão e na evolução da promoção em saúde em todo o mundo (Lourenço et.al).

Segundo Lourenço et.al (2012), na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília no ano de 1986, surgiu o conceito ampliado de saúde, sendo consequência de uma grande mobilização de quase toda a América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta à crise dos sistemas públicos de saúde e o principal ponto de toda essa mobilização foi, mais uma vez, ressaltar com grifos que a saúde é a resultante de uma pluralidade de fatores, como: as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, resultado das formas de organização social e de produção.

A saúde, então, não é mais uma condição utópica ou uma meta cega a ser atingida. É um conceito ampliado, multideterminado, que não se estagna e que muda de acordo com a cultura, a época, o contexto e o sujeito em questão (Lourenço et.al). O desejo pela volta à “normalidade”, pela busca da referência que temos de sujeito saudável torna-se um mecanismo de enfrentamento da condição imposta pela doença, pela deficiência. O acostumar-se, adaptar-se, o suportar e não perder a esperança se relacionam à história aos recursos internos e externos de cada um (Othero e Ayres, 2012) . O conceito de crise, de superação, de promoção e restauração da saúde estão norteando essas novas discussões teóricas e práticas da assistência em saúde (Lourenço et.al).

O conceito de crise, por exemplo, tem ajudado tanto a médicos quanto a outros profissionais da saúde no cuidado e assistência mais efetiva e humanizada conforme Angerami Camon (2002). Este estudioso afirma que a crise surge quando há uma experiência de paralisação que invade a vida do sujeito e interrompe a continuidade de seu processo de vida. A percepção de vida como uma história coerente e previsível se interrompe. A pessoa considerada equilibrada até aquele momento, a partir da instalação abrupta de um processo mórbido, tem sua vida desestruturada e passa a enfrentar esses momentos com angústia vivida corporalmente e acompanhada de sintomas e sofrimento psicológico. Numa situação que não é prevista e esperada, quando as circunstâncias colocam o sujeito na posição de enfermo, pode sobrevir o desacerto, a crise.

Para Oliveira (2000), o novo estado de saúde do sujeito predispõe a um desencadeamento de alterações tanto no comportamento quanto no seu modo de ser e a doença torna-se um marco importante na história do sujeito. O sofrimento causado por acontecimentos como uma doença, por exemplo, pode resultar em processos de conflitos

psíquicos limitando esse sofrimento não somente à dor física como também a violação da integridade da própria pessoa.

## **2.2. O Acidente Vascular cerebral (AVC)**

Uma das mais incidentes doenças causadoras de incapacidade no ser humano é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE). Esse tipo de patologia pode ser definida como quaisquer alterações na área encefálica afetada por isquemia e/ou sangramento, causando danos transitórios ou permanentes à vítima. Iniciados geralmente por alterações de consciência e/ou déficits motores que se instalam abruptamente, o evento vascular frequentemente proporciona consequências mentais e físicas ao sujeito, como por exemplo, hemiparesia (fraqueza muscular em um lado do corpo), déficits cognitivos (alterações de linguagem, déficits visuais, atencionais, problemas sensoriais e perceptuais), apatia, depressão, ansiedade e irritabilidade (Gouveia & Prade, 2008).

Segundo Gouveia e Prade (2008), os diversos tipos de alterações cognitivas decorrentes de AVC dependem da região cerebral afetada e da extensão dessas lesões. São recorrentes em vítimas de AVC, além de alterações físicas e cognitivas como citado acima, sintomas depressivos que são agravados ainda mais em pacientes com dificuldades de comunicação. A reação desse paciente também vai depender especialmente de aspectos prévios de personalidade e dinâmica familiar. Fatores pessoais e sociais desempenham um papel importante no estado afetivo desse indivíduo, assim como a estada no hospital que pode resultar em queixas de ansiedade e depressão.

Vítimas do AVC trazem consigo deficiências e incapacidades provocando uma mudança complexa na sua relação com a doença e com aqueles que lhes são mais próximos, bem como com a comunidade em geral. Sequelas como a paralisia ou paresia de um dos lados do corpo, a perda de capacidades motoras, alteração na expressão da linguagem, perda de consciência e ainda, alterações de caráter neuropsicológico e distúrbios emocionais comprometem a qualidade de vida do sujeito vítima do AVC. Além disso, sequelas emocionais e sociais tem apresentado importante repercussão ao nível do acompanhamento terapêutico, dentre eles, sintomas depressivos, ansiedade, dependência do outro, rigidez do pensamento e impulsividade, e ainda, diversas reações psicológicas (Oliveira, 2000).

Sintomas depressivos, como a instabilidade emocional representada principalmente através da irritabilidade e ansiedade, também é bastante frequente em vítimas de AVC. Para este paciente, quando se depara com sua nova condição que lhe foi acometida de forma

abrupta, forçando-o a conviver com a dificuldade em entender o que lhe aconteceu e sem conseguir se comunicar, a sensação de isolamento e perda tornam-se ainda maior. Também após essa fase, quando esse mesmo paciente se vê diante da frustração decorrente das limitações impostas pelo AVC, as dificuldades de adaptação à sua nova condição, a dependência do outro e a dificuldade em retomar sua vida anterior ao AVC, são fatores de grande influência no desenvolvimento da depressão (Gouveia & Prade, 2008).

Para Oliveira (2000) ao adquirir uma sequela, seja com menor ou maior gravidade, surgem muitos desafios nos princípios fundamentais na vida do sujeito. A doença afeta o equilíbrio psicodinâmico da pessoa em relação com o meio em que vive. Perder capacidades e o sofrimento que isso traz não se limita somente à dor física, a agressão ao corpo, mas também a conflitos psíquicos que precisam ser tratados, falados e elaborados.

### **2.3 A assistência à saúde pela formação grupal**

Neste sentido, este presente artigo ressalta a afirmação categórica de Irvin D. Yalom (2006), um dos melhores pesquisadores da atualidade sobre modalidades de tratamentos grupais, de que um convincente *corpus* de pesquisas sobre resultados demonstra, de maneira inequívoca, que a terapia de grupo é uma forma de tratamento efetiva para pacientes com doenças psíquicas e orgânicas, produzindo efeitos significativos por meio de fatores terapêuticos que os grupos oferecem.

Outros autores como Bechelli e Santos (2005) e Osório (2003) concordam com Yalom (2006) e ressaltam que o grupo e suas interações são comprovadamente instrumentos utilizados para a obtenção de mudanças e superação de sofrimentos. Mas o que seria um grupo? E o que faz ele funcionar?

Freud, em seu texto *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921) cita Le Bon quando diz que o grupo psicológico é um ser provisório, formado por elementos heterogêneos que, em um dado momento se combinam, como as células que constituem um corpo vivo que, em sua união, formam um novo ser, por sinal, muito diferente daquelas células isoladas anteriormente. Osório (2003), outro estudioso de formações grupais, entende por sistema humano, ou grupo, um conjunto de pessoas capazes de se reconhecer em sua singularidade e de exercer uma ação interativa com objetivos compartilhados. O referencial que o caracteriza é a interação entre seus membros.

Freud (1921) não se contenta com a simples definição de que o grupo é uma nova reunião de indivíduos e interrompe os comentários de Le Bon questionando o fato de que se

os indivíduos do grupo se combinam numa unidade, deve haver certamente algo para uni-los, e esse elo poderia ser precisamente o elemento que é a característica de um grupo.

O desaparecimento da personalidade consciente, a predominância da personalidade inconsciente, a modificação por meio da sugestão e do contágio de sentimentos e idéias numa direção idêntica ao do grupo, a tendência a transformar imediatamente as idéias sugeridas em atos são as características principais do indivíduo que faz parte de um grupo. O indivíduo não é mais ele mesmo, deixou de ser dirigido por sua vontade e passa a ser parte do grupo (Freud, 1921).

Assim, Freud (1921) elege algumas condições para que exista um grupo: que haja certo grau de continuidade de existência no grupo; que em cada membro do grupo se forme alguma idéia definida da natureza, composição, funções e capacidades do grupo e que, a partir disso, possa desenvolver uma relação emocional com o grupo como um todo; que o grupo deva ser colocado em interação com outros grupos semelhantes, mas que dele difiram em muitos aspectos; que o grupo possua tradições, costumes e hábitos que determinem a relação de seus membros uns com os outros e que tenha estrutura definida, expressa na diferenciação das funções de seus constituintes.

A contribuição mais importante a respeito da formação grupal e de seu conceito aparece quando Freud (1921) cita que a essência de um grupo reside nos laços libidinais que nele existem. O criador da psicanálise ressalta que o laço mútuo existente entre os membros de um grupo é da natureza de uma identificação, que é a forma mais precoce de relação com outro alguém. Constitui-se em tomar o outro como modelo e nesse contexto, assimilar um aspecto, propriedade ou atributo de outrem e se transformar conforme o modelo introjetado.

No caso do grupo, essa identificação seria baseada numa importante qualidade emocional comum e essa qualidade comum reside na natureza do laço com o líder (no caso dos grupos de suporte, com os coordenadores do grupo) (Freud, 1921).

Na medida então em que há a identificação entre os membros, um laço com o líder e o compartilhamento de emoções e sentimentos, o trabalho terapêutico e de suporte psicológico nos grupos se dá a partir da manifestação e elaboração de crenças, sentidos, fantasias inconscientes, compartilhamento de sentimentos e emoções (Campos, 2006). Estes grupos baseiam-se na comunicação e na tradução desta e as intervenções são realizadas diretamente aos sujeitos pelos coordenadores do grupo. Trata-se, como Freud afirma, em *Psicologia das Massas e Análise do Ego* (1921), de um grupo de pessoas que estão identificadas uns com os outros em seu ego e, neste grupo, cada um acha-se ligado libidinalmente por um lado a um chefe (o coordenador do grupo) e, por outro aos demais do grupo.

Então, à medida que os integrantes de um grupo amadurecem, eles se tornam mais envolvidos e comprometidos entre si e conseguem compartilhar ideias, trocar experiências e oferecer apoio e esclarecimentos uns aos outros. Ao participar de uma psicoterapia de grupo, o paciente confronta-se tanto com situações de sua vida real, quanto com situações dos outros membros que estão participando, ajudando uns aos outros a suportarem a sua dor (Becheli & Santos, 2005).

Os grupos denominados de suporte psicológico tem larga aplicação no tratamento de doenças físicas e psíquicas, sobretudo a partir da formação de grupos homogêneos que se encontram com regularidade. As pessoas reunidas em torno de uma situação comum sentem-se imediatamente identificadas, unidas umas às outras (Filho, 2007).

Segundo Yalom (2006), há evidências que muitos pacientes obtêm maior benefício em terapias de grupo do que em outras abordagens, principalmente se forem pacientes que apresentam isolamento social, estigmas e também que estão em busca de desenvolver habilidades de enfrentamento a sua nova condição de existência.

Para Filho (2007), participantes de um grupo que estão sofrendo por problemas semelhantes com os mesmos tipos de necessidades apresentam alto índice de coesão e solidariedade. Esses integrantes se veem através dos outros e assim, sentem-se protegidos. Grupos que trazem em seu corpo participantes que apresentam sofrimentos da mesma condição facilitam a identificação, desvelam particularidades e intimidades, oferecem apoio ao semelhante e conseguem resolver a maioria de suas dificuldades e desafios que se assemelham (Bechelli & Santos, 2004).

Ao se deparar com um conflito ou diante da incapacidade em alcançar uma resolução, o indivíduo, diante de um sofrimento psíquico, parte em busca de um apoio. A psicoterapia de grupo surge como uma aliada na solução do problema daquele que sofre, uma vez que o estado em que se encontra exige mudança e é o paciente que deve se destacar como agente de sua própria mudança. A força em busca dessa mudança provém dos membros do grupo, a motivação de um membro fortalece o outro a se engajar de forma mais efetiva na busca de transformações (Bechelli & Santos, 2002).

Para Yalom (2006), a mudança terapêutica ocorre na interação intrincada de experiências humanas abordando vários fatores terapêuticos, entre eles: a instilação da esperança (crucial em qualquer tipo de terapia uma vez que a fé em um modo de tratamento pode em si, já ser terapêuticamente efetiva), a universalidade (os indivíduos deixam de achar que são singulares em sua doença ao ouvir outros membros do grupo com preocupações semelhantes as suas), o compartilhamento de informações (há um processo educacional

implícito, onde os participantes aprendem muito sobre o funcionamento psíquico, o significado dos sintomas, a dinâmica interpessoal e de grupo), o comportamento imitativo (pacientes podem modelar-se a partir de aspectos dos outros membros do grupo ou do terapeuta), a aprendizagem interpessoal (uma vez que a necessidade de se relacionar com o outro é tão básica quanto qualquer necessidade biológica), e ainda, outros fatores terapêuticos tão importantes como coesão grupal, catarse e fatores existenciais.

O grupo de suporte demanda intervenções objetivas e resultados concretos, sendo trabalhado o tema central. Em um grupo de portadores de hemiplegia, por exemplo, será tratado o assunto hemiplegia. O grupo não tem como objetivo resolver conflitos, efetuar compreensões, mas sobretudo saber identificar e lidar com fatores que agem sobre aquela doença (Filho, 2007).

#### **2.4. Grupos de suporte psicológico ao paciente vítima de AVC**

Pessoas que trazem em seu corpo o sofrimento de qualquer tipo de alteração física, numa instância real e concreta são denunciadas pela dor e pela situação de dependência de terceiros, bem como pelo sentimento de impotência (Camon, 2002).

Segundo Campos (2000), o suporte social de um grupo inclui as dimensões afetiva e informativa, sentimento de coesão e de apoio, bem como cuidado mútuo, imprescindíveis para quem está enfrentando o adoecimento. O mesmo contribui para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo, através do reforço do *self*, do fomento a uma maior autoestima e autoconfiança. Percebe-se que o profissional de saúde pode e deve atuar como um agente favorecedor destas condições.

Um acontecimento exemplar neste sentido se deu com o Dr. J. Pratt, considerado um dos pioneiros da psicoterapia de grupo para pacientes com doenças orgânicas. Ele era clínico geral de Boston e, em 1905, iniciou a terapia de grupo com um grupo de pacientes tuberculosos. O fato fantástico foi que Pratt percebeu que, tratando os pacientes em grupo, o curso da tuberculose era favoravelmente influenciado no sentido psicológico pela interação social positiva entre eles. Posteriormente, ele estendeu este tratamento a pacientes psiquiátricos e o resultado foi igualmente positivo (Pisani, 2005).

No livro “Support Systems and Mutual Help” Gerald Caplan e Maria Killilea (1976) *apud* Campos (2006) analisaram os diversos sistemas de suporte tais como os citados acima existentes na coletividade humana. Estes sistemas de “suporte social” trazem consigo vínculos duradouros que contribuem de forma importante a manutenção da integridade física e

psicológica do indivíduo. Ainda no ano de 1976, Sidney Cobb foi responsável por um artigo que relatava sobre os efeitos desse suporte social frente ao estresse. Nesse artigo, Cobb definiu suporte social como uma forma de relacionamento grupal onde acontecem trocas afetivas, além de cuidados mútuos e comunicação sincera entre as pessoas. Nessa rede grupal há um sentimento de coesão e apoio, que permite que o grupo tenha subsídio para enfrentar de forma mais eficaz a realidade com menor estresse (Campos, 2006).

Em 1974, Caplan, conforme Gottlieb (1983), já incentivava profissionais de saúde a criarem grupos de suporte com seus pacientes e pesquisas realizadas por Auerbach e Kilmann (1977) e a de Whitcher e Fisher (1979) comprovaram que o suporte emocional proporcionado pelo pessoal de cuidados de saúde era favorável. Assim, suporte social passa também a ser empregado no campo da saúde, principalmente em grupos de suporte oferecidos aos portadores de inúmeras doenças, proporcionando a esses pacientes maior “efeito suportivo” no enfrentamento da doença (Campos, 2006).

Trigant Burrow, inventor do termo Grupoanálise, teve uma intuição muito precoce, que até mesmo antecipou-se à Winnicott sobre a questão do suporte social, do papel da figura materna como mediação entre a criança e o ambiente, dizendo que a imagem dessa mãe reflete o ambiente social mais tarde que conceberemos; o que Winnicott mais tarde relacionou com o termo holding. Todos esses autores e estudiosos foram criando bases para os grupos de apoio/suporte psicológico de base psicanalítica (Pisani, 2005).

Segundo a teoria de Winnicott, a dinâmica do suporte social revive o conceito de holding, onde há um relacionamento próximo, sentimentos de afeto, cuidado e comunicação compartilhados, gerando no receptor uma sensação de proteção, apoio e confiança nas situações de estresse enfrentadas. O suporte social se apresenta na vida adulta do sujeito que está se sentindo fragilizado, vulnerável e ameaçado em sua integridade, quando está em busca de apoio e acolhimento. No suporte social é necessário que haja um relacionamento que funcione bem entre cuidador-cuidado, ou em termos “winnicottianos”, um provedor “suficientemente bom”, capaz de atender as necessidades de quem recebe, podendo proporcionar a este o carinho, acolhimento, compreensão e informação que busca e precisa. Este tipo de suporte social tanto pode ser oferecido por uma pessoa ou por uma “rede” (grupo de pessoas sejam da família, portadores de uma mesma doença, de um grupo religioso, etc).

Winnicott (1975 *apud* Campos, 2006) abrange em sua teoria, a necessidade de holding na vida adulto do sujeito. O autor ressalta que há uma necessidade humana de se ter um círculo cada vez mais largo que proporcione cuidado ao indivíduo durante toda a vida, bem como de tempos em tempos, uma necessidade de aceitar algo que venha de um impulso de

generosidade e todos esses círculos, sejam como forem, identificam-se ao colo e aos braços maternos.

Para Cordioli (1998), a psicoterapia de apoio é um modelo de psicoterapia amplamente utilizado em situações de vulnerabilidade. Trata-se de um tipo de suporte psicológico no qual há uma enorme gama de intervenções possíveis e exige habilidade para utilizar vários elementos teóricos e intervenções dependendo da demanda.

São indicações comuns para Psicoterapia de apoio, além de pacientes que estejam sofrendo sequelas ocasionadas por acidentes, os portadores de doenças físicas como diabetes, doenças coronarianas (pós-infarto), pós-AVC, leucemia aguda, colite ulcerativa, câncer, infecção por HIV, etc. Em todas essas situações que envolvem mudança nos padrões de vida do paciente, a psicoterapia de apoio surge como grande aliada ao tratamento podendo ser utilizada em associação com outras técnicas como psicofármacos e terapia familiar (Cordioli, 1998).

Segundo Cordioli (1998), as psicoterapias variam de acordo com as técnicas que utilizam, seus objetivos, frequência das sessões e duração. No entanto, independente do tipo de terapia utilizada, alguns elementos são comuns a todas as terapias, como por exemplo a relação paciente - terapeuta, o contrato terapêutico e uma teoria na qual a técnica irá se fundamentar. Dentre essas psicoterapias, a psicoterapia de grupo, se define por ser aquela onde um ou mais terapeutas encontram-se simultaneamente com vários pacientes em local determinado e frequência variável além de possibilitar estender a um número maior de pessoas as possibilidades de atendimento psicoterápico. Os grupos têm objetivos claros e definidos e procuram auxiliar os integrantes a compreender suas interações no grupo e a mudar padrões de relações interpessoais desadaptadas.

Eugenio Campos, Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), se dedica ao estudo e à pesquisa do corpo e da mente humana e realiza um trabalho de grupos de suporte psicológico junto a pacientes cardiopatas graves. Devido a sua formação médica e psicológica, comenta que os grupos de suporte atendem muito bem as necessidades de pacientes com doenças crônicas, doenças que causam deformações corporais e funcionais - citando os hemiplégicos vítimas de AVC, os cardiopatas que sofreram AVC ou isquemias graves, os portadores de anemia falciforme, HIV, dentre outros (Campos, 2000).

## **2.5 Relatos de casos**

Moscheta e Santos (2011), realizaram uma pesquisa extensa e importante sobre grupos de apoio para pessoas com problemas de saúde. Neste caso, tratou-se de homens com câncer de próstata. Pesquisaram 11 publicações científicas entre os anos de 1989 e 2009 e comprovaram que apesar do câncer de próstata ser o tipo mais comum de câncer entre os homens, é também o mais difícil de ser discutido. Desde seu diagnóstico, passando pelo tratamento e culminando com a reabilitação psicossocial, este paciente tem sua vida alterada nas dimensões físicas, sociais e psíquicas. Em enfermidades tão incapacitantes e dolorosas como o câncer de próstata (pode-se analogamente pensar no tema deste presente artigo, que aborda o AVC), comprovadamente, o grupo torna-se um importante recurso no enfrentamento destas mudanças. A pesquisa revela que, ao participar de grupos de apoio psicológico, os pacientes que enfrentam o câncer de próstata buscam por informações, opiniões, encorajamento, compartilhamento de experiência e apoio psicológico e que essa convivência com pessoas com interesses afins é considerada um valioso recurso na busca pela reabilitação física e psíquica dos pacientes. O grupo surge como um espaço de amparo as angústias surgidas nas diversas fases de enfrentamento da doença, aumentando o nível de informações sobre a doença, adaptação a possíveis sequelas, atitudes mais positivas frente a patologia, além de maior ajustamento sexual e adesão ao tratamento.

Isso está em consonância com o que se mencionou sobre as referências teóricas de Campos (2006) e Yalom (2006) no presente trabalho.

Outro estudo que subsidia a efetividade de grupos de apoio psicológico para pacientes em situações de vulnerabilidade física e psicológica foi uma pesquisa realizada no Caps II (Centro de Atenção Psicossocial) de Passo Fundo (RS), uma instituição destinada a prestar atendimento em saúde mental a adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Neste estudo foi investigado a mudança psíquica sofrida por vítimas da esquizofrenia, principal forma de psicose que apresenta como sintomas principalmente a profunda alteração da relação Eu-mundo causando distanciamento do outro e retratação do convívio social, prejudicando de forma avassaladora os vínculos interpessoais.

Em tal estudo foi possível confirmar a eficácia de uma psicoterapia grupal. A pesquisa foi realizada com cerca de 10 a 15 pacientes. A frequência era semanal e as sessões duravam em média 45 minutos. A faixa etária abrangia de 18 a 45 anos de idade, todos adultos, homens e mulheres. Segundo esta pesquisa, foi possível comprovar a mudança psíquica dos participantes, principalmente na facilitação da criação de vínculos interpessoais, pelo compartilhamento de suas dores, agressividade, tristezas, dentre outros sentimentos e dificuldades trazidas pela patologia.

Nessa pesquisa comprovou-se que os participantes entendiam o grupo como uma extensão da família, ou seja, mais um suporte no enfrentamento da doença. *“Nosso grupo é uma família. O que se fala aqui tem que ficar aqui dentro”*(Gelson). *“Te anime, menina! Você tem tudo, você tem uma vida maravilhosa, você tem um marido em casa. Chega em casa, faz uma comidinha para ele, faz uma comidinha para as tuas filhas. A vida é essa.”* (Flávia). Entendiam o grupo como um lugar onde discutiam sobre a necessidade de se ajudarem, apontando suas semelhanças e diferenças, compartilhando suas dores e experiências e isso era um fator de grande importância no tratamento.

Em outra pesquisa, uma parte do projeto denominado “Clínica da Subjetividade nos Retardos da Aquisição da Linguagem Oral”, realizada pela Universidade Federal de Santa Maria (RS) em 2010, foi abordada a eficiência da terapêutica grupal com mães de crianças portadoras de distúrbios de linguagem. Fizeram parte deste estudo quatro duplas mãe-criança que se reuniram em oito encontros. Esses encontros permitiram que as mães revelassem e compartilhassem sentimentos como ansiedade e desapontamento que haviam sofrido frente a ausência de oralidade dos filhos, tornando o grupo lugar de elaborarem suas angústias e necessidades maternas.

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que além de discutirem temas variados acerca do desenvolvimento infantil de seus filhos, a intervenção terapêutica grupal trouxe efetiva melhora na interação entre mãe e filho, promovendo assim, maior desempenho na linguagem dessas crianças. As mudanças apresentadas nos comportamentos das mães após os encontros no grupo terapêutico também refletiram no ambiente familiar trazendo ainda mais tranquilidade, tanto para o grupo familiar quanto para a criança ajudando-os no enfrentamento da deficiência da fala.

Outro estudo que se destacou nesta revisão bibliográfica foi o do Centro de Extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, no trabalho ambulatorial com pacientes diabéticos, desenvolvidos no Centro de Saúde São Marcos, em Belo Horizonte. Foram seis encontros de 90 minutos. O grupo trabalhava com pacientes com dificuldades emocionais que não apresentavam evolução clínica no tratamento (Cardoso, 1999).

A proposta do grupo foi refletir sobre a doença, a repercussão na vida, nas relações familiares. O foco era a pessoa como um todo e a possibilidade de desenvolvimento de suporte para lidar com situações advindas da doença, de suas repercussões e das situações comuns da vida também. O resultado da participação nos grupos foi uma melhora no auto cuidado, alívio emocional e diminuição da ansiedade de grande parte do grupo (Cardoso, 1999).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que, ao ser acometido por uma doença debilitadora como o acidente vascular cerebral (AVC), o sofrimento do paciente não se limita apenas à dor física. Nessa situação, há uma violação da integridade do próprio sujeito, resultando em conflitos psíquicos nos quais há o comprometimento da percepção do eu, da auto estima, da capacidade de lidar com as perdas e da própria percepção de seus processos relacionais. Não é somente uma agressão ao corpo e às suas funções, mas uma situação em que é preciso conscientizar-se das limitações e desvantagens que a doença traz, capaz de alterar as relações do sujeito com o mundo.

Vimos que diante da situação de vulnerabilidade como as vividas por um sequelado de AVC e frente ao sofrimento psíquico que os efeitos da doença provocam, o sujeito parte em busca de apoio para o enfrentamento de sua nova condição. Participar de um grupo de suporte psicológico que lhe dê este apoio, o ajuda a obter informações, orientações e encorajamento para essa nova condição em que se encontra. Enfrentar a doença em contato com aqueles que vivenciam situações semelhantes às suas, compartilhando emoções e dificuldades, sentindo-se pertencente a um grupo homogêneo, ajuda na adaptação aos rigores do tratamento, na redução do estresse pelas mudanças ocasionadas pela doença, bem como favorece a qualidade de vida e instila esperança na busca por reabilitação.

A incorporação do diálogo na relação profissional de saúde e o paciente e, conseqüentemente, a criação e manutenção de vínculos interpessoais têm sido estratégias de mudanças do modelo tradicional de assistência à saúde no Brasil e, através dos estudos observados durante a revisão bibliográfica e confecção do presente artigo, os grupos de suporte psicológico, como uma das modalidades dos diversos grupos de cuidado em saúde, têm sido ferramentas essenciais em tais mudanças.

## 5. REFERÊNCIAS

- Andrade, S. M.; Soares, D.A.; Júnior, L. C. (2001) Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 242-249.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. dos. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 118-125.
- Camon, V. A. A.(2011). *Psicologia da Saúde. Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Cengage Learning.
- Camon, V.A.A. (2002). Urgências Psicológicas no Hospital. *Aspectos Emocionais e Psicológicos nas Situações de Emergência no Hospital Geral*. São Paulo: Pioneira.
- Campos, E. P. Grupos de Suporte. In: Mello Fº, J. (org.). Grupo e Corpo (2002). Porto Alegre: Artmed
- Campos, E.P. (2006) Equipe de Saúde: cuidadores sob tensão. In: Epistemo-somática. Belo Horizonte.
- Canguilhem, Georges (2010). Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico (1966) pag 196-218. In: *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de carvalho 6 ed. rev. Rio de janeiro: Forense Universitária.
- Cardoso, C., & Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no Caps. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 775-783.
- Cardoso, C. L. (1999). Psicoterapia de grupo com pacientes diabéticos e hipertensos em centros de saúde pública. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 16(2), 5-15.
- Cordioli, A.V. (1998). *Psicoterapias Abordagens Atuais*. São Paulo: Artmed
- Departamento de Informática do SUS (2008). <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Recuperado em 03/11/20134
- Filho, J. M. (2000). Grupo e Corpo. *Grupos de Enfermaria no Hospital Geral*. Porto Alegre: Artmed.
- Filho, J.M. (2007). Grupo e Corpo. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, Sigmund, 1856-1939. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)* Tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- Freud, Sigmund. 1856-1939. *Além do Princípio do Prazer. Psicologia de grupo e outros trabalhos (1925-1926)* Tradução: Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Gouveia, P. A. R., & Prade, C. V. (2008). Psicologia e Humanização. *Intervenção Neuropsicológica do Paciente Vítima de Acidente Vascular Cerebral*, 21-24
- Gutierrez PR, Oberdiek HI.(2007) Concepções sobre a saúde e a doença. In: Andrade SM, Soares Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Knobel, E. (2008) Psicologia e Humanização: assistência a pacientes graves. São Paulo: Atheneu,.In: GOUVEIA, PRADE. *Intervenção Neuropsicológica do paciente Vítima de Acidente Vascular Cerebral*,p.21-38.

Lourenço, et al (2012). A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. In: *Revista Eletrônica HERE* vol 3 N1 jan-julho pag 17-35 [www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/here\\_pesquisaano.htm](http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/here_pesquisaano.htm)  
Acesso em 02/11/2014.

Moscheta, M. S. & Santos, M. A.. (2012). Grupos de apoio para homens com câncer de Prostata: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1225-1233.

Moura, M. D. (1996). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter.

Muniz, J.R. & Taunay, M.S. (2000) Grupos de Enfermaria no Hospital Geral. In: Mello Fº J. (org.) Grupo e Corpo. Porto Alegre: Artmed

Oliveira, R. A. (2000). Análise Psicológica. Elementos Psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas . São Paulo: Artmed

Osório, L. C. (2003). Psicologia Grupal. Uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed.

Othero, M. B., & Ayres, J. R. C. M. (2012). Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 219-234.

Pisani, R. A. (2005) Elementos de análise de Grupo: grupos pequenos e intermediários. Tradução Sérgio Marcos Z. Trunci. São Paulo: Casa do Psicólogo. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 2005.

Westphal M F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007. p. 653-663

Wiethan, F.M.; Souza, A. P. R. & Klinger, E. F. (2010). Abordagem terapêutica grupal com mães de crianças portadoras de distúrbios de linguagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 15(3), 442-451.

Yalom, I. D. (2006). Psicoterapia de grupo - teoria e prática. Porto Alegre: Artmed.