

Necessidades das famílias após o Trauma Cranioencefálico: dados da realidade Brasileira

Recebido em: 02/08/2011
Aceito em: 16/04/2012

Edilene Curvelo Hora¹
Regina Márcia Cardoso de Sousa²

Trata-se de um estudo quantitativo sobre as necessidades das famílias de vítimas de Trauma Cranioencefálico (TCE), realizado a partir de seis meses após o evento traumático. A casuística do estudo constituiu-se de 161 familiares e 71 pacientes de TCE. Foi desenvolvido nos domicílios das vítimas atendidas em hospital de referência para trauma e centro de especialidade médica referência para o atendimento ambulatorial de neurocirurgia, ambos situados em Aracaju, Sergipe, Brasil. Na visão dos familiares, a quase totalidade das necessidades do Family Needs Questionnaire foi "importante" ou "muito importante" (índice médio proporcional de 93,1%), e a necessidade mais valorizada foi "ter as minhas perguntas respondidas com honestidade". A maioria das necessidades não era atendida, e a necessidade menos atendida foi "ter recursos para mim ou para minha família, ex. aconselhamento financeiro ou legal, folga do cuidado, aconselhamento, serviço de enfermagem".

Descritores: Traumatismos Encefálicos, Família, Enfermagem Familiar, Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde.

Family needs after a Traumatic Brain Injury: data of the Brazilian reality

This work presents a quantitative study about the needs of the patients' families with Traumatic Brain Injury (TBI), accomplished six months after the traumatic event. The casuistic of the study was constituted by 161 family members and 71 patients with TBI. The study was developed in the victims' homes assisted in a regarded Hospital to trauma assistance and a regarded medical specialized center to neurologic and ambulatory assistance both located in Aracaju-Sergipe (Brazil). In the relatives' vision, nearly all the needs of the Family Needs Questionnaire were considered "important" or "very important" (proportional mean index of need, 93.1%). The most important need considered was "to have my questions answered honestly". Most of the needs were not met. The least met need was "to have enough resources for myself or the family, ig. financial or legal counseling, respite care, counseling and nursing services".

Descriptors: Brain Injuries, Family, Family Nursing, Needs Assessment.

Las Necesidades de las familias despues de um Trauma Craneoencefálico: dados de la realidad Brasileña

Se trata de un estudio cuantitativo sobre las necesidades de la familias victimas de un trauma Craneoencefálico (TCE), realizado pasados seis meses del trauma. La casuística del estudio fue realizada tomando como base 161 familiares y 71 pacientes de TCE. La casuística se llevo en los domicilios de las victimas atendidas en el hospital referencia para traumas y en el centro de especialidad médica para el atendimiento clínico de neurocirugia, los dos localizados en Aracaju- Sergipe, Brasil. En la visión de los familiares, casi la totalidad de las necesidades del Family Needs Questionnaire fueron importantes o muy importantes (índice medio proporcional de 93,1%), la necesidad mais valorizada fue "tener mis preguntas respondidas honestamente". La mayoría de las necesidades no era atendida, la necesidad menos atendida fue "tener recursos para mi o para mi familia como por ejemplo aconsejamiento financiero o legal, cuidado, aconsejamiento, servicio de enfermeria".

Descritores: Traumatismos Encefálicos, Familia, Enfermería de la Familia, Evaluación de Necesidades.

INTRODUÇÃO

Trauma Cranioencefálico (TCE) é uma das lesões mais frequentes decorrentes de causas externas e constitui-se um problema de saúde pública de grande significância, causando forte impacto na morbidade e mortalidade da população brasileira, sobretudo em consequência dos acidentes de trânsito e da violência.

A recuperação após o TCE foi estudada em nosso meio, sendo revelado que somente 38,6% das vítimas se encontravam completamente recuperadas um ano após o trauma. Os incapazes eram ainda 22,8% e os que mantinham dependência de outrem representavam 13,2%. As autoras do estudo alertaram

que o ônus social e individual dessas vítimas é acentuado no período de um ano⁽¹⁾.

Na família, o impacto exercido pelo TCE provoca inúmeras consequências, entre as quais se destacam: o estresse, a tristeza⁽²⁾, as mudanças nos papéis familiares⁽³⁾, a culpa e a raiva⁽⁴⁾, as dificuldades no relacionamento sexual e marital⁽⁵⁾, a depressão⁽⁶⁾ e a redução da qualidade de vida⁽⁷⁾.

Portanto, não existe dúvida de que o TCE afeta não só a pessoa que sofreu o trauma, mas toda a sua família. Os pacientes não são as únicas vítimas; as famílias sofrem tanto quanto, se não mais, e também podem ser consideradas vítimas do trauma ou vítimas

1 Professora associada do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: edilenechs@yahoo.com.br.

2 Professora livre-docente do departamento de enfermagem médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.



ocultas dessa ocorrência.

As famílias experimentam uma grande quantidade de necessidades no período inicial da crise após o TCE, que podem passar despercebidas ou não ser reconhecidas pelos profissionais de saúde. Entretanto, como o TCE tem, com frequência, efeitos em longo prazo, é importante avaliar essas necessidades após o período de crise inicial⁽⁷⁾.

Neste estudo, optou-se por avaliar as necessidades das famílias em médio e longo prazo, devido à importância de obter informações sobre o período de estabilidade no processo de recuperação, a partir de seis meses após TCE⁽¹⁾. Nesse período, pacientes e familiares já passaram pela crise inicial do trauma e necessitam de suporte para superar as condições difíceis e persistentes que resultam do TCE.

A identificação das necessidades da família antecede o desenvolvimento de um programa de suporte para elas. As investigações sobre esse tema são relevantes e correspondem a um esforço para melhorar a adaptação dos membros da família à nova condição de ter um sobrevivente com TCE⁽⁷⁾.

Diante do exposto, surge a questão: quais as necessidades dos familiares de vítimas de TCE após a estabilização de sua recuperação? Para responder a essa questão, decidiu-se identificar as necessidades das famílias após o TCE quanto ao grau de importância e de seu atendimento para conhecer essa informação contextualizada em nossa realidade, uma vez que não foi localizado nenhum estudo no Brasil com tal especificidade.

CAUSUÍSTICA E MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em hospital de referência para trauma e centro de especialidade médica, referência para atendimento ambulatorial de neurocirurgia, ambos situados em Aracaju, Sergipe, Brasil.

Participaram do estudo 161 familiares de 71 pacientes de TCE que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: consentir verbalmente e por escrito em participação na pesquisa; idade igual ou superior a 18 anos; ter escolaridade mínima de cinco anos, equivalente a orientação descrita no manual de aplicação do *Family Needs Questionnaire* (FNQ); participar do cuidado do paciente com idade superior a 12 anos na época da entrevista e que sofreu o trauma há, pelo menos, seis meses.

As conceituações sobre família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, com a presença ou não de crianças⁽⁸⁾, associadas à descrição de que a "família é quem seus membros dizem que são"⁽⁹⁾, foram os parâmetros para direcionar a escolha desses membros.

Dos instrumentos utilizados na pesquisa constava o formulário para a caracterização do membro familiar e paciente, no qual foi incluída a classificação funcional da vítima, segundo a versão original da Escala de Resultados de Glasgow⁽¹⁾.

O segundo instrumento, a versão adaptada do *Family Needs Questionnaire* (FNQ), compreende um questionário estruturado com 40 itens, autoadministrado e desenvolvido nos Estados Unidos por Kreutzer e Marwitz (1989)⁽¹⁰⁾ para medir as necessidades percebidas pelos membros da família após o

TCE de um familiar e que foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa e cultura brasileira⁽¹¹⁾. É composto de duas partes, que compreendem duas avaliações independentes. A parte I mede a importância das necessidades por meio de uma escala Likert, que varia de 1 (nada importante) a 4 (muito importante). A parte II mede o grau de atendimento das mesmas. O FNQ possui seis subescalas que agrupam as diversas necessidades dos familiares: informação sobre saúde, suporte emocional, suporte instrumental, suporte profissional, rede de suporte da comunidade e envolvimento com o cuidado⁽¹²⁾. Nesse questionário, os familiares podiam indicar que as necessidades listadas no instrumento não eram aplicáveis para sua vida.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, com garantia da preservação do sigilo e anonimato dos participantes.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, com duração aproximada de 30 minutos. Foram explicados os propósitos e os procedimentos da pesquisa e, nos casos de anuência verbal, solicitava-se a assinatura em termo de consentimento escrito.

Os dados foram armazenados e tratados em um banco de dados computadorizado do programa SPSS 13.0. As necessidades da família foram tabuladas e apresentadas em valores percentuais em ordem de frequência, sendo computadas em conjunto com as necessidades avaliadas pelos familiares como "importantes e muito importantes", listando-se as demais em separado.

O Índice Proporcional de Necessidades (IPN) também foi calculado⁽¹³⁾ para mensurar o grau de importância e atendimento das necessidades. A porcentagem de importância para cada familiar foi calculada por meio da divisão do número total de necessidades avaliadas como "importante" ou "muito importante" pelo número total de itens do instrumento (=40). Usando esse mesmo procedimento, determinou-se a porcentagem das necessidades avaliadas como "nada importantes". Para determinar quanto as necessidades foram atendidas, considerou-se somente as necessidades avaliadas como "importantes e muito importantes". Entre essas, o número de necessidades avaliadas como "não atendidas" ou "atendidas" foi dividido pelo número de itens avaliados como "importantes ou muito importantes".

RESULTADOS

A maioria dos familiares era do sexo feminino (82,6%), idade média de $35,7 \pm 14,8$ anos, ensino fundamental incompleto (42,2%), casada (47,8%), renda familiar de um a dois salários mínimos (62,1%), irmão (33,5%) ou mãe (23%) ou esposa (12,4%) da vítima, pertencente à religião católica (73,3%) e cuidador familiar principal (75,2%). Os pacientes eram homens (81,7%), idade média de $32,4 \pm 15,2$ anos, tempo do trauma de $2,2 \pm 3$ anos, vítimas de acidentes de transporte (54,9%), católicos (67,6%), ensino fundamental incompleto (42,2%) e solteiro (54,9%). A maioria das vítimas (53,5%) teve boa recuperação após o TCE, segundo a versão da Escala de Resultados de Glasgow⁽¹⁾. Indivíduos com incapacidade moderada na escala perfizeram 23,9% e incapacidade grave, 22,6%.



Na tabela 1, é apresentada a ordenação das necessidades mais frequentes avaliadas pelos familiares como “importantes e muito importantes”. Observa-se que as duas primeiras são ocupadas pelos itens 7 e 12, necessidades que caracterizam demandas de “informação”.

Tabela 1 - Ordenação das necessidades mais frequentes avaliadas, como “importante e muito importante” pelos familiares. Sergipe, 2005

Eu necessito...	%
7. ter as minhas perguntas respondidas com honestidade.	99,2
12. ter informações completas sobre os problemas físicos do paciente (ex. fraqueza, dores de cabeça, tontura, problemas com a visão ou para andar).	98,5
9. ter um profissional a quem recorrer para orientação ou serviços quando o paciente precisa de ajuda.	98,5
11. ter informações completas sobre o tratamento das lesões traumáticas (ex. medicação, injeções, ou cirurgia).	98,5
5. Ser assegurado que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente.	97,7
6. receber explicações dos profissionais de maneira que eu possa entender.	97,7
27. dar atenção às minhas próprias necessidades, ao meu trabalho ou aos meus interesses.	97,7
2. saber sempre o que está sendo feito com ou para o paciente.	97,0
13. ter informações completas sobre os problemas relacionados ao pensamento do paciente (ex. confusão, memória, ou comunicação).	97,0
15. saber porque o paciente age de forma diferente, difícil ou estranha.	97,0
17. ter orientação sobre o que fazer quando o paciente está nervoso (a) ou agindo de forma estranha.	97,0
21. ter recursos suficientes para mim ou para a minha família (ex. aconselhamento financeiro ou legal, folga do cuidado, aconselhamento, serviço de enfermagem)	97,0
28. saber se estou tomando as melhores decisões possíveis sobre o paciente.	97,0

Na tabela 2, é apresentada a ordenação das necessidades mais frequentes avaliadas como “nada importantes” pelos familiares. Observa-se que as duas primeiras colocações são ocupadas pelos itens 39 e 36 ambas as necessidades de “suporte emocional”.

Tabela 2 - Ordenação das necessidades mais frequentes avaliadas como “nada importante” pelos familiares. Sergipe, 2005

Eu necessito...	%
39. de ajuda para me preparar para o pior.	15,2
36. ser assegurado que é comum ter sentimentos negativos fortes sobre o paciente.	14,4
23. ter ajuda de outros membros da família para cuidar do paciente.	9,8

32. ter a compreensão dos amigos do paciente sobre os problemas dele (a).	8,3
22. ter ajuda para manter a casa (ex. para fazer compras, para fazer limpeza, para cozinhar, etc.)	7,6
40. ser incentivado a pedir ajuda aos outros.	6,8
26. passar um tempo com meus amigos.	6,1
19. ter ajuda para decidir o quanto se deve deixar o paciente fazer por si mesmo.	5,3
14. ter informações completas sobre os problemas com drogas ou álcool e sobre o tratamento desses problemas.	4,5
35. discutir meus sentimentos sobre o paciente com outros (amigos ou familiares).	4,5

As necessidades mais frequentes avaliadas como “não atendidas” pelos familiares estão apresentadas na tabela 3. As duas primeiras colocações são ocupadas pelos itens 21 e 20, ambos da subescala “suporte profissional”.

Tabela 3 - Ordenação das necessidades mais frequentes avaliadas como “não atendidas” pelos familiares. Sergipe, 2005

Eu necessito...	%
21. ter recursos suficientes para mim ou para a minha família (ex. aconselhamento financeiro ou legal, folga do cuidado, aconselhamento, serviço de enfermagem)	93,2
20. ter recursos suficientes para o paciente (ex. programas de reabilitação, fisioterapia, aconselhamento, orientação para o trabalho).	88,6
16. saber quanto tempo cada problema do paciente pode durar.	87,9
13. ter informações completas sobre os problemas relacionados ao pensamento do paciente (ex. confusão, memória, ou comunicação).	87,1
17. ter orientação sobre o que fazer quando o paciente está nervoso (a) ou agindo de forma estranha.	86,4
19. ter ajuda para decidir o quanto se deve deixar o paciente fazer por si mesmo.	84,1
14. ter informações completas sobre os problemas com drogas ou álcool e sobre o tratamento desses problemas.	82,6
34. discutir meus sentimentos sobre o paciente com alguém que passou pela mesma experiência.	82,6
18. ter informações sobre o progresso da reabilitação ou do ensino do paciente.	80,3
11. ter informações completas sobre o tratamento das lesões traumáticas (ex. medicação, injeções, ou cirurgia).	76,5

Na tabela 4, são apresentadas as necessidades mais frequentes avaliadas como “atendidas” pelos familiares. Observa-se que as primeiras colocações são dos itens 31 (ter a compreensão dos outros membros da família quanto aos problemas do paciente), da subescala “rede de suporte da comunidade” e 23 da subescala “suporte instrumental” (ter ajuda de outros membros da família para cuidar do paciente).



Tabela 4 - Ordenação das necessidades mais frequentes avaliadas como “atendidas” pelos familiares. Sergipe, 2005

Eu necessito...	%
31. ter a compreensão dos outros membros da família quanto aos problemas do paciente.	40,2
23. ter ajuda de outros membros da família para cuidar do paciente.	36,4
27. dar atenção às minhas próprias necessidades, ao meu trabalho ou aos meus interesses	34,8
30. ter a compreensão do meu parceiro (minha parceira) e dos meus amigos do quanto a situação é difícil para mim.	34,8
2. saber sempre o que está sendo feito com ou para o paciente.	34,1
1. ver que a equipe médica, a de ensino ou a de reabilitação respeitam as necessidades ou os desejos do paciente.	34,1
24. descansar ou dormir suficientemente.	32,6
7. ter as minhas perguntas respondidas com honestidade.	32,6
35. discutir meus sentimentos sobre o paciente com outros (amigos ou familiares).	32,6
3. dar sempre minhas opiniões para as outras pessoas envolvidas no cuidado, na reabilitação ou no ensino do paciente.	28,0

Tabela 5 – Média e desvio-padrão do IPN dos familiares, Sergipe, 2005

Avaliação das Necessidades pelos familiares	Resultado (%) = $\bar{X} \pm DP$
“Importante ou muito importante”	93,1 % \pm 10,3
“Nada importante”	3,53 % \pm 6,46
“Não atendida”	54,5 % \pm 23,8
“Atendida”	22,0 % \pm 17,4

Na tabela 5, observa-se que a média da porcentagem de importância (“importante e muito importante”) foi alta (93,1%), em contrapartida às avaliadas como “nada importantes” obtiveram um percentual baixo (3,53%). Das necessidades avaliadas pelos familiares como “importantes e muito importantes”, em média 54,5% não foram atendidas.

Sobre “outras necessidades não incluídas”, houve descrição por 17 familiares. As necessidades foram agrupadas em quatro itens assim designados: Eu necessito: 1) que o paciente seja orientado e tenha acompanhamento da equipe de saúde em um serviço, 2) ter orientação sobre as crises convulsivas, 3) que existam políticas de saúde e apoio da comunidade; e 4) ter apoio espiritual.

DISCUSSÃO

Em relação aos itens avaliados como “importantes ou muito importantes”, observou-se um índice proporcional médio de necessidade elevado: 93,1%. Além disso, dos 40 itens do questionário, 20 (50%) foram avaliados como “importantes ou muito importantes” por mais de 95% dos familiares.

O estudo⁽¹³⁾, em que há a participação de um dos autores da escala original, realizado com 119 familiares, também apresentou um índice proporcional médio de necessidade elevado para os itens avaliados como “importantes ou muito importantes”

(84%). Nove (23%) dos 40 itens também receberam esse grau de importância por mais de 95% dos familiares.

Neste estudo, as necessidades mais importantes indicadas com maior frequência pelos familiares pertenciam predominantemente à subescala “informação sobre saúde”, que compreende as informações sobre alterações cognitivas, comportamentais, físicas e tratamento do paciente. A necessidade indicada pelos familiares em maior frequência (99,2%) foi “ter minhas perguntas respondidas com honestidade”, o que se assemelha aos resultados de outros estudos realizados nas fases aguda e pós-aguda do TCE, com a utilização do FNQ, 99%⁽¹³⁾ e com o emprego de outro instrumento, 100%⁽¹⁴⁾.

As famílias comumente possuem pouca ou nenhuma orientação para entender as complexas dificuldades do TCE. Acredita-se, portanto, que o suporte familiar seja uma intervenção útil para suprir as necessidades apresentadas, por meio de programas de intervenção⁽¹⁵⁾.

O aspecto que deve ser destacado nos resultados desta investigação e na pesquisa realizada pelos autores do FNQ⁽¹³⁾ é a semelhança das necessidades mais importantes. Sete são comuns às duas culturas: ter minhas perguntas respondidas com honestidade, ter informações completas sobre os problemas físicos do paciente, ter um profissional a quem recorrer para orientação ou serviços quando o paciente precisa de ajuda, ser assegurado que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente, receber explicações dos profissionais de maneira que eu possa entender, ter informações completas sobre os problemas relacionados ao pensamento do paciente (ex. confusão, memória ou comunicação) e ter orientação sobre o que fazer quando o paciente está nervoso(a) ou agindo de forma estranha.

A média do IPN avaliada pelos familiares como “não importantes” foi consideravelmente baixa^(3,53). Só dois itens obtiveram um percentual maior que 10%, assemelhando-se ao estudo americano⁽¹³⁾ que obteve um IPN médio de 7%.

Novamente, foi possível notar semelhanças com os resultados do estudo citado⁽¹³⁾, pois, das dez necessidades consideradas “nada importantes” pelos familiares nos dois estudos, cinco foram comuns às duas culturas: ser assegurado que é comum ter sentimentos negativos fortes sobre o paciente, ter ajuda de outros membros da família para cuidar do paciente, ter ajuda para manter a casa (ex. fazer compras, para fazer limpeza, para cozinha, etc.), ser incentivado a pedir ajuda aos outros e passar um tempo com meus amigos.

As duas necessidades mais frequentes, consideradas pelos familiares como “nada importantes”, são da subescala “suporte emocional”, que corresponde às necessidades relativas à compreensão de seus sentimentos, apoio de amigos, familiares e outras pessoas, além do incentivo para não estar sozinho. A desvalorização de algumas dessas necessidades por parte dos familiares justifica-se porque, comumente após o TCE, as famílias tornam-se isoladas socialmente, havendo uma redução, sobretudo, do número de amigos e, conseqüentemente, uma sobrecarga do cuidado por parte da família imediata⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, a necessidade considerada menos importante pelos familiares foi “eu necessito de ajuda para me preparar para o pior”, com 15,2%. Nas entrevistas com os familiares, observou-se que muitos consideraram essa necessidade como algo



negativo, que reduzia sua esperança e fé para visualizar a boa recuperação do paciente e, por isso, pode ter sido percebida por alguns como “nada importante”.

Das necessidades consideradas como “importantes ou muito importantes”, um índice proporcional médio de 22% foi avaliado pelos familiares como atendido. Em contrapartida, daquelas avaliadas como “não atendidas”, o índice foi considerado alto, ou seja, de 54,5%, o que diferiu muito do resultado encontrado no estudo americano⁽¹³⁾, que obteve uma média de somente 17,2%.

A necessidade que obteve o maior percentual de não atendimento (93,2%) foi “ter recursos suficientes para mim ou para minha família”. Na amostra do estudo, a maioria das famílias (62,1%) tinha renda inferior a dois salários mínimos, menos de 450 dólares mensais. As famílias pobres vivem próximas do limite, e a presença de uma crise, a exemplo da doença, pode levá-las a abismos financeiros e emocionais. Elas enfrentam estresses contínuos de desemprego, habitação deficiente, nutrição e cuidados médicos inadequados⁽¹⁷⁾.

A necessidade considerada como mais atendida foi “ter a compreensão dos outros membros da família quanto aos problemas do paciente”, com 40,2%. As necessidades referentes à informação apresentaram baixa porcentagem de atendimento, o que difere muito do resultado encontrado no estudo americano⁽¹³⁾, que, entre as dez necessidades com o maior percentual de atendimento, sete são relativas à informação.

Dos 161 familiares entrevistados, 17 informaram ter outras necessidades que não estavam contempladas no FNQ. Por meio dos agrupamentos realizados, observou-se que o grupo assim intitulado “eu necessito que o paciente seja orientado e tenha acompanhamento da equipe de saúde em um serviço” apresenta necessidades já incluídas nos itens 9 e 20 do questionário (ter um profissional a quem recorrer para orientação ou serviços e ter recursos suficientes para o paciente), assim como o grupo “ter orientação sobre as crises convulsivas” mostra uma necessidade

que pode ser incluída no item 12 (ter informação sobre os problemas físicos do paciente).

É provável que essas necessidades tenham sido citadas pelo familiar para reforçar uma necessidade que ele considere importante, ou pela dificuldade em perceber a abrangência do conteúdo que cada item engloba ou, até mesmo, pela falta de atenção nas respostas, já que se trata de uma avaliação composta de duas colunas e 40 itens.

Os dois últimos grupos, “eu necessito ter apoio espiritual” e “que existam políticas de saúde voltadas ao TCE e apoio da comunidade”, apesar do número mais reduzido de indicações pelos familiares, devem ser considerados por ressaltarem a necessidade do recurso espiritual e políticas públicas voltadas ao trauma. Os recursos espirituais podem ser uma tábua de salvação aos membros da família, porque oferecem consolo e fé, dando coragem para fazer o máximo para superar suas barreiras com sucesso⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

As necessidades consideradas pelos familiares como “importantes e muito importantes” obtiveram o maior percentual de respostas, com valores que variaram entre os itens de 67,4% a 99,2%. Ou seja, na visão dos familiares, a quase totalidade das necessidades apresentadas no FNQ foi considerada importante.

A necessidade mais valorizada foi “eu necessito ter minhas perguntas respondidas com honestidade” (99,2%). A necessidade que obteve o maior percentual de “nenhuma importância” foi “eu necessito de ajuda para me preparar para o pior” (15,2%).

A necessidade considerada menos atendida foi “eu necessito ter recursos suficientes para mim ou para minha família (93,2%), e a mais atendida foi “ter a compreensão dos outros membros da família quanto aos problemas do paciente”.

A maioria das necessidades avaliadas como “importantes e muito importantes” não eram atendidas (índice proporcional médio de necessidades, 54,5%).

Referências

1. Sousa RMC, Koizumi MS. Recuperação das vítimas de traumatismo crânio-encefálico no período de 1 ano após o trauma. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):484-500.
2. Watanabe Y, Shiel A, Asami T, Taki K, Tabuchi K. An evaluation of neurobehavioural problems as perceived by family members and levels of family stress 1-3 years following brain injury in Japan. *Clin Rehabil*. 2000;14(2):172-7.
3. Serna ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(2):183-9.
4. Sander AM, Kreutzer JS. A holistic approach to family assessment after brain injury. In: Rosenthal M, Griffith ER, Kreutzer JS, Pentland B, editors. *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*. 3ª ed. Philadelphia: FA Davis; 1999. p. 199-215.
5. Hammond F, Davis CS, Whiteside OU, Philbrick P, Hirsch MA. Marital Adjustment and stability following traumatic brain injury: a pilot qualitative analysis of spouse perspectives. *J Head Trauma Rehabil*. 2011;26(1):69-78.
6. Serna ECH, Sousa RMC. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):131-5.
7. Kolakowsky-Hayner SA, Miner KD, Kreutzer JS. Long-term life quality and family needs after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2001;16(4):374-85.
8. Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. In: Ministério da Saúde, organizador. *Manual de Enfermagem*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001. p. 14-7.
9. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca; 2009.
10. Kreutzer J, Marwitz J. *The family needs questionnaire*. Richmond: the National Resource Center for traumatic brain injury, Medical College of Virginia; 1989.
11. Hora EC, Sousa RMC. Adaptação transcultural do instrumento Family Needs Questionnaire. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(4):541-7.
12. Serio CD, Kreutzer JS, Witol AD. Family needs after traumatic brain injury: a factor analytic of the family needs questionnaire. *Brain Inj*. 1997;11(1):1-9.
13. Kreutzer JS, Serio CD, Bergquist S. Family needs after brain injury: a quantitative analysis. *J Head Trauma Rehabil*. 1994;9(3):104-15.
14. Campbell CH. Needs of relatives and helpfulness of support groups in severe head injury. *Rehabil Nurs*. 1988;13(6):320-5.
15. Hora ECH, Sousa RMC, Ribeiro MCO, Nunes MS, Araújo RCV, Santos ACFS, et al. Traumatic brain injury: consequences and family needs. In: Amit Agrawal. *Brain injury functional aspects, rehabilitation and prevention*. Rijeka: Intech; 2012. p. 161-74.
16. Kreutzer JS, Zasler ND, Camplair PS, Leninger BE. A practical guide to family intervention following adult traumatic brain injury. In: Rosenthal M, Griffith ER, Kreutzer JS, Pentland B, editors. *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*. 3ª ed. Philadelphia: FA Davis; 1999.
17. Wash F. *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca; 2005.