

QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE VÍTIMAS DE TRAUMAS MÚLTIPLOS E SEUS FAMILIARES

LIFE QUALITY FROM THE PERSPECTIVE OF MULTIPLE TRAUMA VICTIMS AND THEIR FAMILIES

CALIDAD DE VIDA EN LA PERSPECTIVA DE VÍCTIMAS DE TRAUMAS MÚLTIPLES Y SUS FAMILIARES

Luciana Paiva^I
Lídia Aparecida Rossi^{II}
Maria Cristina Silva Costa^{III}
Rosana Aparecida Spadoti Dantas^{IV}

RESUMO: Investigação etnográfica fundamentada na antropologia interpretativa e no Modelo Conceitual de Qualidade de Vida do *Centre for Health Promotion* com objetivo de interpretar o significado de qualidade de vida a partir da perspectiva de vítimas de traumas múltiplos em processo de reabilitação e seus familiares. Participaram do estudo 11 pessoas vítimas de traumas ocorridos entre setembro de 2007 e outubro de 2008, residentes em Uberaba, e 10 familiares. Foram utilizadas as técnicas de observação direta e entrevista semiestruturada. No contexto social investigado, os sentidos atribuídos à qualidade de vida pelos participantes referem-se ao aspecto físico (dependência física, alterações na estrutura e função do corpo), psicológico (alterações na imagem corporal e busca pela felicidade), espiritual (fé em Deus), retorno ao trabalho e apoio social. O significado de qualidade de vida para os pacientes vítimas de traumas múltiplos e seus familiares é multidimensional e tem componentes fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais.

Palavras-chave: Etnografia; qualidade de vida; trauma; enfermagem.

ABSTRACT: Ethnographical investigation grounded on interpretative anthropology and on the Conceptual Model of Life Quality of the *Centre for Health Promotion*. It aimed at interpreting the meaning of life quality from the stand of multiple trauma victims in rehabilitation process as well as from the stand of their relatives. Eleven victims of trauma between September, 2007 and October, 2008 residing in Uberaba, MG, Brazil, and ten relatives were participating subjects in this investigation. Semi-structured interviews and direct observation techniques were used. In the social context investigated, the meanings attributed to life quality refer to physical aspects (physical dependence, alterations in structure and body function), psychological aspects (alterations in body image and pursuit of happiness), and spiritual aspects (faith in God), as well as return to work, and social support. The meaning of life quality for patients victimized by multiple traumas is multidimensional and it has physiological, psychological, emotional, and social components.

Keywords: Ethnography; life quality; trauma; nursing.

RESUMEN: Investigación etnográfica, fundamentada en la antropología interpretativa y en el Modelo Conceptual de Calidad de Vida del *Centre for Health Promotion* buscó interpretar el significado de cualidad de vida en la perspectiva de víctimas de traumas múltiples en proceso de rehabilitación y sus familiares. Participaron 11 víctimas de traumas y 10 familiares residentes en Uberaba, Brasil, ocurridos entre septiembre de 2007 y octubre de 2008. Se realizó observación directa y entrevista semiestructurada. En el contexto social investigado, los sentidos atribuidos a la cualidad de vida por los sujetos se refieren al aspecto físico (dependencia física, alteraciones en la estructura y función del cuerpo), psicológico (alteraciones en la imagen corporal y búsqueda por la felicidad), espiritual (fe en Dios), retorno al trabajo y apoyo social. El significado de cualidad de vida para los pacientes víctimas de trauma múltiples es multidimensional y tiene componentes fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales.

Palabras clave: Etnografía; cualidad de vida; trauma; enfermería.

INTRODUÇÃO

As sequelas do trauma estão entre as patologias crônicas de longa duração que geram deficiências e levam a limitações na execução de atividades, como também à restrição de desempenho de papéis sociais dos indivíduos. A literatura destaca a multiplicidade e a gravidade dos ferimentos, associados a frequentes prejuízos físicos

^IMestre em Enfermagem Fundamental. Enfermeira do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: luciana.paiva@usp.br

^{II}Enfermeira. Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: rizzardo@eerp.usp.br

^{III}Antropóloga. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: mccosta@eerp.usp.br

^{IV}Enfermeira. Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

e cognitivos dos indivíduos vítimas de lesões múltiplas que normalmente requerem muitas intervenções, antes e durante o processo de reabilitação. Este processo é acompanhado por significativos problemas emocionais que podem interferir nos esforços de reabilitação e na avaliação de qualidade de vida desses pacientes^{1,2}.

Ao longo das últimas décadas, o conceito de qualidade de vida tem sido cada vez mais aplicado a pessoas com condições crônicas. Embora existam divergências sobre sua conceituação, há consenso de que a qualidade de vida envolve níveis de funcionamento físico, mental, social e de desempenho de papéis e inclui, ainda, habilidades de satisfação com a vida, percepções e bem-estar social e tem relação direta com a idade, sexo e gravidade do trauma³.

Em geral, a qualidade de vida dos pacientes com lesões múltiplas tem sido avaliada por meio de instrumentos genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos tendem a incluir todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto da sua condição de saúde sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de condições crônicas.

O *The Medical Outcome Survey - Short Form 36* está entre os instrumentos genéricos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida de vítimas de traumas múltiplos^{3,4}. Contudo, o enfoque dessas avaliações está predominantemente centrado na mensuração de aspectos objetivos, sem, muitas vezes, considerar os aspectos socioculturais daqueles diretamente afetados pelo trauma. Na literatura, encontramos um único estudo que teve como objetivo identificar significados culturais de qualidade de vida a partir da perspectiva de um grupo de pacientes chineses com trauma medular. Nesse estudo, identificaram-se cinco domínios de qualidade de vida, a saber: físico, psicológico, econômico, bem-estar social e ambiental⁵. Assim, a questão principal deste estudo é qual o significado de qualidade de vida para um grupo de pessoas que se encontram em reabilitação após terem sofrido múltiplos traumas? A compreensão das dimensões que compõem uma vida com qualidade para essas pessoas pode fornecer elementos para a avaliação da satisfação com a reabilitação e dos resultados de intervenções que visam auxiliar esse processo.

O presente estudo teve como objetivo interpretar o significado de qualidade de vida a partir da perspectiva de um grupo de vítimas de traumas múltiplos em processo de reabilitação e de seus familiares, residentes em Uberaba/MG.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este estudo etnográfico buscou interpretar os significados de qualidade de vida, para um grupo de vítimas de traumas múltiplos no contexto sociocultural em que são produzidos. Esse propósito revela-se nas análises

da Antropologia Interpretativa, que privilegia a construção cultural dos sentidos que os grupos atribuem ao processo saúde-doença.

Para compreender os aspectos valorizados no contexto em que se constroem os significados de qualidade de vida pela interpretação densa⁶ dos sentidos atribuídos à qualidade de vida, pelas pessoas que vivem a experiência do trauma, utilizamos o *Modelo Conceitual de Qualidade de Vida do Centre for Health Promotion, da Universidade de Toronto*.

Neste modelo, a qualidade de vida é definida como o equilíbrio entre as limitações e oportunidades, decorrentes das possibilidades de vida da pessoa. Essas possibilidades consistem na relação entre oportunidades e obstáculos nas diversas áreas da vida. A qualidade de vida tem dimensões que correspondem a uma área fundamental e ampla da vida das pessoas e está relacionada a três dimensões – ser (*being*), pertencer (*belonging*) e tornar-se (*becoming*). Esses domínios circundam três subdomínios dos nove aspectos da qualidade de vida. As dimensões de qualidade de vida neste modelo são congruentes com o holismo⁷⁻⁹.

Ser reflete o que a pessoa é, incluindo três subdomínios que sofrem influência das percepções individuais. O bem-estar físico está focado no corpo e nos aspectos físicos da saúde. Bem-estar psicológico envolve o pensamento, o sentimento e a saúde mental. Essa dimensão circunda a autoestima, o autoconceito, o autocontrole e a habilidade de enfrentamento da ansiedade para tomada de decisão. O bem-estar espiritual está centrado nas crenças, valores e apoio. Significa ainda as ideias de certo e errado relacionadas ao significado da vida, sentimentos relacionados a si próprio⁷⁻⁹.

Pertencer é o grau de ajustamento entre a pessoa e o ambiente. Pertencer físico inclui os aspectos da vida em casa, no trabalho, escola, programas ambientais, vizinhos e comunidade. Pertencer social refere-se à ligação com as pessoas próximas e com outras pessoas que convivem socialmente; envolve o relacionamento com colegas de trabalho, vizinhos, colegas da religião. Pertencer comunitário envolve: acesso aos recursos da comunidade, tais como: saúde e serviços sociais, emprego, programas recreativos, eventos e atividades da comunidade⁷⁻⁹.

Tornar-se abrange as expectativas, sonhos e aspirações. Tornar-se útil inclui as atividades práticas de envolvimento no trabalho, atividades voluntárias, trabalho diário da família, no autocuidado, cuidado com os filhos e outros membros da família, presença na escola ou em outros programas. Envolve o lazer que está centrado no que a pessoa faz para ser feliz, relaxar e interagir socialmente⁷⁻⁹.

Cenário e sujeitos do estudo

O estudo no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UTI- HCUFTM), referência para 27 municípios no atendimento a vi-

timas de trauma. Para realização do estudo, seguiram-se as normas estabelecidas pela Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Iniciou-se o trabalho de campo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Protocolo n° 0757/07). Os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram deste estudo pessoas que sofreram traumatismos múltiplos, admitidas na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, na cidade de Uberaba/MG, entre setembro de 2007 e outubro de 2008, que haviam recebido alta há pelo menos um ano, independente do sexo, com idade acima de 18 anos. Levando-se em consideração a importância do grupo familiar, o estudo também envolveu a anuência e participação de um membro da família de cada uma dessas pessoas, independente de sexo, desde que tivesse mais de 18 anos e fosse reconhecido como participante do cuidado ao traumatizado.

A identificação dos possíveis participantes foi realizada por meio do caderno de registro de admissões e alta da UTI-HCUFTM. Todos os 34 pacientes adultos admitidos na UTI, no período proposto, foram considerados como possíveis participantes. Entretanto, após a consulta aos prontuários, foi constatado que 12 haviam falecido, nove residiam em outros municípios e dois não residiam no endereço informado em seus prontuários e não foram encontrados e, portanto, foram excluídos, considerando-se a viabilidade do trabalho de campo. Participaram, ainda, como informantes secundários, 10 familiares que exerciam o papel de cuidadores dos sujeitos; apenas um dos participantes da pesquisa não contava com familiar cuidador.

Trabalho de campo

As técnicas utilizadas no processo de coleta dos dados foram: a entrevista semiestruturada e a observação direta. Foram ainda coletados dados sociodemográficos e relacionados ao acidente por meio de consulta aos prontuários, da observação e da entrevista.

A observação direta possibilitou um contato pessoal e estreito entre o pesquisador e o fenômeno estudado, já que foram acompanhadas *in loco* as experiências diárias do sujeito e de seus familiares, sendo utilizados, para compreensão e interpretação dos dados, os conhecimentos e experiências pessoais do pesquisador. As visitas duraram de 45 a 105 minutos incluindo a observação e entrevista. Em média foram realizadas três visitas por participantes.

As entrevistas semiestruturadas foram dirigidas tanto às vítimas de trauma como aos familiares que frequentemente interrompiam, completando e confirmando informações. Foram guiadas pelas seguintes questões desencadeadoras: Conte-me o que aconteceu com você. Como ficou sua vida após o acidente? O que significa ter uma vida de boa qualidade para você?

As entrevistas foram gravadas e os dados coletados por meio de observação foram registrados em um diário de campo. O primeiro contato permitiu a aproximação do paciente e seus familiares e a obtenção da permissão para realização do estudo. No segundo e terceiro contatos foi possível estabelecer uma relação de maior confiança o que facilitou a obtenção dos dados.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos pesquisados, foram utilizados os seguintes códigos de identificação: paciente entrevistado (E), seguido do número sequencial do sujeito no estudo e familiar, conforme o grau de parentesco do cuidador.

Análise dos dados

A análise de dados aconteceu durante todo o trabalho de campo, num *continuum* de idas e vindas, entre coleta e análise dos dados¹⁰. Inicialmente, foram identificados os códigos, ou seja, as unidades de significados. Esses códigos foram agrupados em categorias, considerando-se as similaridades. Nesse processo, considerou-se o referencial teórico adotado, organizando-se as categorias em núcleos temáticos. Na análise, para promover a interpenetração, os dados de cada participante foram avaliados separadamente e, posteriormente, relacionados com os do conjunto dos participantes. Esse processo assegurou que os dados obtidos com participantes distintos, inicialmente separados, fossem interpretados no contexto do todo¹¹.

RESULTADOS

O grupo estudado foi constituído por oito homens e três mulheres com idade variando entre 18 e 49 anos, a maioria solteira e sem filhos. O nível de escolaridade variou de 3 a 16 anos e, entre as religiões a predominância foi de católicos.

Fizeram parte do grupo familiar, oito mulheres e dois homens. As mulheres, principalmente, assumiram o papel de cuidadora. A idade dos membros da família variou entre 21 e 52 anos, e o grau de escolaridade foi menor entre os familiares em comparação aos pacientes, variando do analfabetismo ao 2° grau completo. A renda mensal manteve-se baixa, se considerado o contexto familiar como um todo. Os tipos de acidentes dos participantes foram principalmente por colisão de moto ou bicicleta com outro veículo ou queda (8) e, as áreas corporais mais atingidas foram: crânio (8); extremidades (6); tórax (4); face (4), abdome (3) e lesão medular (1). Sete pacientes tiveram como seqüela a diminuição de mobilidade física.

A atribuição de sentidos a uma vida de boa qualidade, para o grupo selecionado, está relacionada à percepção de satisfação, ao bem-estar físico e a possibilidades na vida, e tem como núcleos temáticos: - *saúde, trabalho e apoio*.

No núcleo temático *ter saúde*, foram incluídas narrativas referentes aos aspectos físicos (dor, alimentação, mobilidade física); aspectos espirituais (crença em Deus); aspectos emocionais (felicidade, satisfação). Os participantes do estudo mencionaram a saúde como muito importante para a manutenção das atividades diárias, como o autocuidado e o trabalho, e das atividades domésticas. Os sujeitos manifestam a compreensão de *ter saúde* como uma condição que se acrescenta ao ser humano e não como algo inerente ao processo de viver:

Hoje tenho saúde estou feliz apesar da sequela do acidente. (E2)

Saúde para mim é conseguir fazer minhas coisas, poder fazer xixi sem a sonda, poder fazer minhas necessidades sem precisar de manobra. (E10)

Ter saúde também foi associada à crença em Deus. A religião foi uma importante estratégia de enfrentamento para os indivíduos nos momentos de percepção de incapacidade física, dor e medo:

A religião me ajuda muito, me fortalece fisicamente e espiritualmente. (E4)

Quando passei pelo corredor não reconheci, mas senti que era meu marido... Ele estava muito deformado [...] eu falei Deus abençoe e cuide dele. (Esposa E1)

Como me lembro do rosto dele inchado, sem os dentes. Eu rezo todo dia para Deus tirar aquela coisa da cabeça. (Mãe E9)

O sentido do sagrado foi observado no domicílio, como registrado no diário de campo: *A Bíblia estava aberta sobre a estante da sala e junto a ela um terço (E2).*

Ter trabalho foi uma dimensão importante para promover o bem-estar. Os sujeitos deste estudo se reportaram a importância do trabalho associado ao bem-estar econômico, ao equilíbrio familiar, à autonomia e à concretização de sonhos:

Não corresponder às expectativas pessoais da família e da sociedade vinculadas à produtividade das atividades rotineiras e do trabalho formal é um indicador para os sujeitos do estudo da perda de autonomia no contexto em que estão inseridos, tendo em vista que o trabalho está associado a vários atributos e funções morais, como a atribuição de sentido à existência.

Lá no serviço também é mais complicado, às vezes esqueço alguma coisa e o pessoal acha ruim[...] o duro é a gente se sentir capaz e incapaz ao mesmo tempo. (E9)

Eu trabalhava, mudou tudo. Me sinto dependente dos outros. Eles têm mania de falar que o melhor amigo do homem é o cachorro, e eu falava não, o meu é o meu trabalho, então eu sinto muita falta da minha vida. (E8)

Tenho medo de saber que existe a possibilidade [dele] não se aposentar. Sei que não vai arrumar outro emprego. (Esposa, E1)

No núcleo temático *ter apoio*, foram incluídos depoimentos referentes ao apoio familiar, ao apoio

social, ao apoio profissional e religioso. Os participantes mencionaram que o apoio é um fator essencial para o enfrentamento das sequelas do trauma. Identificaram apoio como importante indicador na avaliação de qualidade de vida:

Acho que o apoio é ter minhas amigas aqui em casa, passando à tarde comigo, ouvindo música, me fazendo companhia. (E3)

O pessoal da igreja me apoiou, conversavam sobre minhas coisas, nunca me deram desgosto de falar as coisas para mim, nem me machucar, as pessoas são calmas. (E9)

Era ela (esposa) quem cuidava de mim, dava banho, trocava fralda de madrugada, carregava no colo. Ela me ajudou muito. Sem ajuda dela seria muito difícil. (E1)

DISCUSSÃO

As vítimas investigadas caracterizaram-se por serem, em sua maioria, adultos jovens e do sexo masculino. Os acidentes mais frequentes foram: colisão de moto ou bicicleta com outro veículo ou queda e, as áreas corporais mais atingidas foram: crânio e extremidades. Esses dados são similares a outros encontrados por outros autores¹².

Considerando-se o Modelo Conceitual de Qualidade de Vida do *Centre for Health Promotion*⁷⁻⁹, a dimensão *ser* para os participantes deste estudo refere-se ao aspecto físico (dependência física, a preservação da imagem corporal), ao psicológico (*ter* felicidade) e ao espiritual (*ter fé* em Deus). Ao mencionarem o trabalho como um importante aspecto de reinserção social, observaram-se nas narrativas dos participantes deste estudo as dimensões de qualidade de vida no que se refere a *ser*, *pertencer* e *tornar-se* já que é preciso *ter* saúde, recuperar a mobilidade e a independência; o que requer a noção *pertencer*, ou seja, o apoio social, espiritual e familiar. As expectativas expressas pelos participantes se inter-relacionam e envolvem, ainda, a busca pela adaptação e superação considerando-se às mudanças provocadas pelo trauma, ou seja, o *tornar-se*.

Na literatura, observa-se o consenso no que tange à interferência das alterações biológicas na interação das pessoas com o meio ambiente social e nas relações familiares e de trabalho¹³ e, portanto, o enfoque do processo de reabilitação deve ser direcionado para o aspecto educativo com o objetivo de restaurar ou desenvolver habilidades na participação de atividades funcionais decorrentes da disfunção física, mental ou social¹⁴⁻¹⁷. Estes aspectos interferem com a noção de saúde que é construída culturalmente.

Ser saudável significa ter capacidade de agir, mesmo diante de situações patológicas, ter capacidade de lidar com desafios por meio da superação das condições adversas¹⁵. A enfermidade, ou desordem, está associada à forma como a pessoa doente, os membros da família ou a sua rede social percebem vivem e

respondem aos sintomas orgânicos e à incapacidade física^{13,18}. Dessa forma, a noção ser saudável está associada a diversos aspectos da vida.

As associações entre o envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo e menores índices de ansiedade e depressão têm sido relatadas na literatura¹⁹.

Não corresponder às expectativas pessoais e familiares vinculadas à produtividade que envolve a capacidade para desempenhar papéis simples e realizar atividades rotineiras e do trabalho formal é um indicador para os sujeitos deste estudo da perda de autonomia na sociedade onde estão inseridos, tendo em vista que o trabalho está associado a vários atributos e funções morais, como a atribuição de sentido à existência.

Com a ênfase dada ao trabalho, compreendemos que os participantes do estudo incorporaram a condição crônica na dimensão ser, à medida que a limitação física e a amnésia ligada ao trauma aparecem como fonte de significado. Se o corpo não está bem, há impedimentos de exercer suas atividades laborais e restrição no controle da vida, fazendo-os sentir-se desvalorizados.

Estudos analisaram as associações entre o retorno à produtividade e fatores demográficos, enfrentamento e aspectos multidimensionais de funcionamento em pacientes com múltiplas lesões e mostraram que quase metade dos participantes retorna às suas atividades e em geral apresentavam melhores condições físicas e psicológicas. O ensino superior, melhor funcionamento físico, social e cognitivo, e escolha de estratégias de enfrentamento foram considerados preditores significativos no retorno ao trabalho^{20,21}.

A capacidade de trabalho é socialmente reconhecida como norma fundamental para definição de normalidade, em nossa sociedade, e representa o vínculo do indivíduo com a comunidade, e a sua impossibilidade traz o sentimento de perda da normalidade e de ausência de autonomia. O conceito de normalidade envolve o desempenho satisfatório de papéis sociais no contexto de vida familiar e social, incluindo o trabalho e autonomia²². Como em toda sociedade capitalista, as demandas socioeconômicas e a capacidade para trabalhar são aspectos importantes para uma condição normal saudável.

O papel do trabalho como mediador da reinserção é mais bem compreendido se forem considerados os limites entre o significado do normal e do patológico, como entidades de difícil reconhecimento porque não se constituem fenômenos distintos, mas sim possibilidades de um mesmo fenômeno numa dada realidade concreta, como é para os participantes deste estudo²³.

A impossibilidade de reinserção social, segundo padrões estabelecidos socialmente, conforma uma realidade de ausência de autonomia para os pacientes, vítimas de trauma, e a saúde é então percebida não apenas como ausência de doença, mas como capacidade normativa, possibilidade de criar e recriar normas diante de dificuldades e obstáculos encontrados na vida²³.

O retorno às atividades laborais representa a reintegração social à medida que desempenha um papel fundamental na satisfação pessoal e autoestima, além de ser elemento fundamental para a aquisição e manutenção das relações sociais. A incapacidade de retorno às atividades do trabalho se relaciona aos aspectos sociais da vida, à autoimagem e à sensação de inferioridade perante a sociedade^{23,24}.

O apoio parece estar associado à dimensão pertencer (*belonging*) à medida que se associa à convivência social, além, da dimensão tornar-se (*becoming*), compreendida como as atividades que a pessoa faz para atingir seus objetivos e expectativas⁷⁻⁹.

Para os participantes do estudo, as limitações e as mudanças impostas pelo trauma mudam a relação do indivíduo com o trabalho, os familiares, amigos e companheiros. Nessa situação, a disponibilidade de apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima do paciente, contribuindo para a melhoria da sobrevivência²⁴.

Nesse sentido, o retorno a atividades como trabalho, estudo, atividades domésticas e outras relevantes pode contribuir na recuperação de novas habilidades e na manutenção das relações sociais. Portanto, o retorno à produtividade é uma das metas na reabilitação e é particularmente relevante quando se examina o impacto econômico individual e social do trauma^{20,21}.

A metodologia qualitativa empregada revelou-se um instrumento útil para conhecer o significado atribuído por um grupo de pacientes a partir da identificação e análise profunda de problemas da perspectiva dos envolvidos. Por outro lado, não permite generalizações.

A complexidade do processo de reabilitação dos pacientes vítimas de trauma requer esforços da equipe de enfermagem e dos profissionais envolvidos na assistência com o objetivo de melhorar o cuidado e valorizar a vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto em que estão inseridos, promovendo e recuperando a dignidade e a cidadania desses pacientes.

A Política Nacional de Atenção às Urgências preconiza a manutenção e restabelecimento da funcionalidade e integridade física do paciente politraumatizado²⁵. Dessa forma, ressalta-se a contribuição deste estudo, fornecendo subsídios para a compreensão do significado de qualidade de vida e da

complexa relação entre fatores biológicos e sociais, a partir da percepção do corpo como fenômeno biológico e social que requer uma prática orientada para ações integradas e multidisciplinares²⁶.

CONCLUSÃO

As dimensões de qualidade de vida na perspectiva das vítimas de traumas múltiplos e de seus familiares são construídas no processo de resignificação das concepções prévias ao trauma, envolvendo a elaboração de novos conceitos sobre *ser feliz* e *ter saúde* e *vivenciar*, ao mesmo tempo, uma condição incapacitante. Os participantes buscaram apoio na religião e na família, mas relataram ter como meta o retorno ao trabalho para que possam resgatar o sentimento de pertencer e de *tomar-se* socialmente aceito. As expectativas expressas pelos participantes se inter-relacionam e envolvem, ainda, a busca pela adaptação e superação, considerando-se as mudanças provocadas pelo trauma.

A representação do trauma exprime um sentimento de desvalorização social associado à ruptura da normalidade biológica. A experiência vivenciada pelos participantes do estudo permitiu construir o significado multidimensional de qualidade de vida para estas vítimas com ênfase nos componentes fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais.

Além de valorizar a manutenção e a recuperação da funcionalidade e integridade do paciente politraumatizado, o estudo permitiu compreender o significado da qualidade de vida e complexidade das dimensões biológicas e sociais desse viver que requerem ações integradas e multidisciplinares.

Considera-se como uma limitação deste estudo etnográfico o fato de ter focalizado um reduzido grupo de participantes atendidos pelo Sistema Único de Saúde, a maioria trabalhadores com baixa renda.

REFERÊNCIAS

- Clark ME, Scholten JD, Walker RL, Gironde RJ. Assessment and treatment of pain associated with combat-related polytrauma. *Pain Med.* 2009; 10:456-69.
- Langley J, Derrett S, Davie G, Ameratunga S, Wyeth E. A cohort study of short-term functional outcomes following injury: the role of pre-injury sociodemographic and health characteristics, injury and injury-related healthcare. *Health Qual Life Outcomes.* 2011; 9:1-12.
- Hu XB, Feng Z, Fan YC, Xiong ZY, Huang QW. Health-related quality-of-life after traumatic brain injury: A 2-year follow-up study in Wuhan, China. *Brain Inj.* 2012; 26:183-7.
- Vall J, Braga VAB, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2006; 64:451-5.
- Hampton NZ, Qin-Hilliard DB. Dimensions of quality of life for Chinese adults with spinal cord injury: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2004; 26:203-12.
- Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos; 1989.
- Brown RI, Renwick R, Nagler M. The centrality of quality of life in health promotion and rehabilitation. In: Renwick R, Brown I. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications.* London (UK): Sage; 1996. p. 75-86.
- Renwick R, Brown I, Raphael D. Person-centered quality of life: contributions from Canada to an international understanding. In: Keith KD, Schallock RL. *Cross-cultural perspective on quality of life.* Washington (DC): AAMR; 2000. p. 5-21.
- Renwick R. Quality of life: a guiding framework for practice with adults with developmental disabilities. In: Ross M, Bachner S. *Adults with developmental disabilities.* New York: Aota Press, 2004; p. 20-38.
- Silva CN. Como o câncer (des)estrutura a família. São Paulo: Annablume; 2000.
- Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de quemaduras. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16:252-9.
- Duarte MA, de Souza ECF, Bonfim PGF. Análise descritiva das sequelas de acidentes de trânsito em Maceió, Alagoas. *R bras Med Fam e Comun.* 2010; 5:38-41.
- Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2006; 10:61-76.
- Moraes AS, Freitas NAB, Mendes EC. Protocolo fisioterápico para prevenção das complicações funcionais do paciente portador de fixador externo de Ilizarov em membro inferior. *Reabilitar.* 2003; 5:4-10.
- Souza SPS, Lima RAG. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15:156-64.
- Almeida NE. For a general Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological note. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17:753-70.
- Sousa LB, Aquino PSouza, Fernandes JFP, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16:107-12.
- Soberg HL, Finset A, Bautz-Holter E, Sandvik L, Roise O. Return to work after severe multiple injuries: a multidimensional approach on status 1 and 2 years post-injury. *J Trauma.* 2007; 62:471-81.
- Soberg HL, Roise O, Bautz-Holter E, Finset A. Returning to work after severe multiple injuries: multidimensional functioning and the trajectory from injury to work at 5 years. *J Trauma.* 2011; 71:425-34.
- Canguilhem G. O normal e o patológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
- Nakase-Richardson R, Yablon SA, Sherer M. Prospective comparison of acute confusion severity with duration of post-traumatic amnesia in predicting employment outcome after traumatic brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007; 78:872-6.
- Von Steinbuechel N, Richter S, Morawetz C, Riemsma R. Assessment of subjective health and health related quality of life in person with acquired degenerative brain. *Curr Opin Neurol.* 2005; 18:681-91.
- Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2002; 7:925-34.
- Livingston DH, Tripp T, Biggs C, Lavery RE. A fate worse than death? Long-term outcome of trauma patients admitted to the surgical intensive care unit. *J Trauma.* 2009; 67:341-8; discussion 348-9.
- Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Gráfica MS; 2010.
- Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Gráfica MS; 2010.