

Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências

Luciana Paiva¹

Lídia Aparecida Rossi²

Maria Cristina Silva Costa³

Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁴

Esta é uma investigação etnográfica, realizada com o objetivo de compreender os significados da experiência do trauma entre pacientes politraumatizados. Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: observação direta, entrevista semiestruturada e diário de campo. Obtiveram-se narrativas biográficas de 11 pessoas, vítimas de traumas, e 10 familiares, como informantes secundários. A análise dos dados considerou o conjunto dos dados de cada participante e o todo dos dados de todos os sujeitos, buscando por diferenças e similaridades. Os sentidos atribuídos à experiência do trauma se associam a sentimentos inter-relacionados de medo, insegurança, revolta, vulnerabilidade e sofrimento e aos significados de qualidade de vida que convergem para a valorização da saúde, trabalho e apoio pelas redes sociais. Esta análise mostrou que as concepções e vivências do trauma são fatores condicionantes do processo saúde/doença e fundamentais para o planejamento de ações de saúde pública voltadas ao atendimento das necessidades individuais.

Descritores: Qualidade de vida; Traumatismo Múltiplo; Antropologia Cultural; Pesquisa Qualitativa.

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil. Email: luciana.paiva@hotmail.com.

² Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: rizzardo@eerp.usp.br.

³ Doutor em Ciências Antropologia Social, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: mccosta@eerp.usp.br.

⁴ Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

Endereço para correspondência:

Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro Monte Alegre
CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil
Email: rizzardo@eerp.usp.br

The Experiences and Consequences of a Multiple Trauma Event from the Perspective of the Patient

This was an ethnographic investigation with the aim of comprehending the meanings of the trauma experience among multiple trauma patients. The following techniques were used for data collection: direct observation, semi-structured interview and field diary. Biographical narratives were obtained from eleven trauma victims, and ten relatives as secondary informants. The data analysis considered the set of data of each participant and all data of all subjects, searching for differences and similarities. The meanings attributed to the trauma experience are associated with interrelated feelings of fear, insecurity, anger, vulnerability and suffering and to the meanings of quality of life that converge to valorize health and work appreciation and support by social networks. This analysis shows that the concepts and experiences of the trauma are conditioning factors of the health-disease process and they are essential in planning public health actions to meet the needs of individuals.

Descriptors: Quality of life; Multiple Trauma; Anthropology, Cultural; Qualitative Research.

Experiencia del paciente politraumatizado y sus consecuencias

Se trata de una investigación etnográfica realizada con el objetivo de comprender los significados de la experiencia del trauma en pacientes politraumatizados. Fueron utilizadas las siguientes técnicas de recolección de datos: observación directa, entrevista semi-estructurada y diario de campo. Obtuvimos narraciones biográficas de 11 personas víctimas de traumas y 10 familiares, como informantes secundarios. El análisis de los datos consideró el conjunto de los datos de cada participante y el todo de los datos de todos los sujetos, buscando diferencias y similitudes. Los sentidos atribuidos a la experiencia del trauma se asocian a sentimientos interrelacionados de miedo, inseguridad, rabia, vulnerabilidad y sufrimiento y a los significados de calidad de vida que convergen para la valorización de la salud, trabajo y apoyo por las redes sociales. Este análisis muestra que las concepciones y vivencias del trauma son factores condicionantes del proceso salud-enfermedad y fundamentales para la planificación de acciones de salud pública dirigidas a la atención de las necesidades individuales.

Descriptorios: Calidad de vida; Traumatismo Múltiple; Antropología Cultural; Investigación Cualitativa.

Introdução

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos brasileiros indicam a progressão das taxas de mortalidade, morbidade e invalidez causadas por trauma, o que o configura como grave problema social no país. Graves também são suas repercussões econômicas, uma vez que pode não só prejudicar a capacidade de trabalho das vítimas, como demandar alto custo com a reabilitação, em virtude das incapacidades temporárias ou permanentes, dele decorrentes. Além disso, entre

as possibilidades de prejuízos ocasionados pelo trauma estão expressivos déficits físicos, mentais e cognitivos, com comprometimento da qualidade de vida das vítimas e de seus familiares⁽¹⁾.

O aumento do número de sobreviventes e a melhora dos resultados funcionais têm levado à maior preocupação com avaliação da qualidade de vida de pacientes com traumas múltiplos. Contudo, o enfoque dessas avaliações está predominantemente centrado na mensuração de

aspectos objetivos, sem, muitas vezes, considerar a experiência daqueles diretamente afetados pelo trauma.

Os sobreviventes de traumas graves, admitidos nas unidades de terapia intensiva, têm deficiências significativas relacionadas às complicações múltiplas, decorrentes de perda significativa de massa muscular e déficits cognitivos. O aumento da idade, traumatismo craniano, o tempo de permanência na UTI, doenças preexistentes, a necessidade de procedimentos cirúrgicos e fraturas de membros inferiores têm sido associados aos piores resultados de qualidade de vida⁽²⁻³⁾. O trauma pode afetar todas as partes do corpo e suas sequelas podem diferir de forma substancial, da mesma forma que a experiência da pessoa vítima de trauma é única. Assim, a avaliação da qualidade de vida tem que considerar essas diferenças. Observa-se, na literatura, que os aspectos relacionados à qualidade de vida e estado de saúde têm sido principalmente mensurados por instrumentos como o SF-36⁽⁴⁾, com enfoque na adaptação após o trauma e aos problemas psicológicos envolvidos no desenvolvimento do estresse pós-trauma.

Encontra-se, na literatura, um só estudo, realizado com um grupo de pacientes chineses com trauma medular, que focalizou os significados culturais de qualidade de vida, a partir da perspectiva do grupo e identificou cinco domínios de qualidade de vida, a saber: físico, psicológico, econômico, bem-estar social e ambiental (considerados os aspectos relacionados à discriminação e ao apoio governamental⁽⁵⁾).

Análise de trabalhos científicos, publicados neste periódico, permitiu identificar que os artigos analisaram índices de gravidade do trauma⁽⁶⁻⁷⁾ e avaliaram a qualidade de vida, por meio de instrumentos genéricos⁽⁴⁾, o que fortalece a importância e a contribuição desta pesquisa à comunidade científica.

A perspectiva antropológica, aplicada à área da saúde, fornece subsídios que viabilizam a apreensão da experiência do trauma e suas dimensões culturais. Num contexto cultural heterogêneo e dinâmico, como é o das sociedades contemporâneas, torna-se relevante considerar os distintos significados socialmente atribuídos às enfermidades, bem como às relações interpessoais, práticas, crenças e identidade social que permeiam a experiência da doença. Essa compreensão pode estimular cuidado entendido como humanitário, em que se articulam competência técnica e respeito à condição humana⁽⁸⁾.

Novas tendências apontam para a inclusão do contexto sociocultural dos grupos na assistência à

saúde, cujo impulso inicial remete ao desenvolvimento da Antropologia Interpretativa⁽⁹⁾ e suas influências na Antropologia Médica norte-americana, desde os anos 1970⁽¹⁰⁾. Essa vertente fundamenta a construção de novo paradigma para o estudo da relação entre saúde, doença e cultura, valorizando a construção cultural de doença e incluindo a experiência da doença, a partir da lógica acionada pelo doente para explicá-la e agir sobre ela.

O reconhecimento da importância da compreensão da experiência da doença (no caso, do trauma e suas consequências) encontra-se na base deste artigo. Este trabalho resulta de estudo etnográfico, realizado com pacientes vítimas de traumas múltiplos, na cidade de Uberaba, MG, buscando compreender significados culturais da experiência do trauma. Dessa maneira, pretendeu-se, aqui, fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam identificar aspectos relacionados ao trauma, mediante a valorização da compreensão da lógica que orienta as práticas e concepções de um grupo de pessoas que o experimentam.

Percurso metodológico

Este artigo baseia-se em pesquisa etnográfica, realizada entre setembro de 2007 e outubro de 2008. A pesquisa etnográfica volta-se à interpretação dos significados de condutas, relações sociais, rituais, valores etc., articulando-os ao contexto sociocultural em que são produzidos. Esse mesmo intento se revela nas análises aplicadas à saúde, sob a inspiração da Antropologia Médica, que privilegiam a construção cultural da doença e os sentidos que grupos e povos diversos atribuem ao processo saúde/doença. Desenvolvida, inicialmente, por um grupo de autores da Universidade de Harvard, a Antropologia Médica proporciona elementos importantes para a apreensão e análise da dimensão simbólica da doença. Entre esses subsídios, encontra-se a distinção dos modelos explicativos de doença em modelos profissionais (centrados na doença e seus sintomas; desenvolvidos no campo da ciência) e modelos culturais (de base popular, utilizados pelos doentes e suas famílias)⁽¹⁰⁾. Articulada com essa diferenciação, a Antropologia Médica estabelece conceituações diversas para a doença: *disease* refere-se à doença processo, à anormalidade do processo biológico, do ponto de vista do profissional de saúde; *illness* corresponde à experiência subjetiva da doença, relaciona-se ao modelo conceitual utilizado pelo doente para explicá-la e agir.

Fundamentado na Antropologia Interpretativa e na Antropologia Médica, este estudo consiste na

análise interpretativa, direcionada à compreensão de significados da experiência do trauma entre pacientes politraumatizados. Na busca dessa compreensão, a análise converge para a cultura entendida como teias de significados entrelaçados, tecidos coletivamente pelo homem⁽⁹⁾, refletindo as diversidades históricas e desigualdades sociais que caracterizam a maioria das coletividades humanas, universo de significados, em cujos termos os indivíduos e grupos interpretam suas experiências e guiam suas ações.

Destacando a experiência da doença (*illness*), compreendida em um contexto simbólico, caracterizado por normas, significados e interação social específicos, o estudo que originou este artigo adotou os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos: pessoas de ambos os sexos, com idade acima de dezoito anos, residentes em Uberaba, que sofreram traumatismos múltiplos, admitidas na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, na cidade de Uberaba, MG, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006, e que já haviam recebido alta hospitalar.

Foram selecionados trinta e quatro possíveis participantes, pelos prontuários de pacientes que atenderam os critérios de inclusão. Após o levantamento dos dados nos prontuários, constatou-se que doze pacientes haviam falecido e que dez não residiam na cidade de Uberaba. Após o contato inicial, onze sujeitos aceitaram participar da pesquisa. Participaram, ainda, como informantes secundários, dez familiares que exerciam o papel de cuidadores dos sujeitos; apenas um dos protagonistas da pesquisa não contava com familiar cuidador.

As técnicas utilizadas no processo de coleta dos dados consistiram de entrevista semiestruturada, observação direta, diário de campo e narrativas biográficas, que permitiram a interpretação dos sentidos dados pelos participantes a suas experiências.

As entrevistas semiestruturadas, transcritas logo após o encerramento de cada visita, foram guiadas pela seguinte questão inicial: fale-me sobre o acidente; conte-me o que aconteceu com você. O direcionamento das entrevistas priorizou a apreensão dos significados da experiência do trauma, das dificuldades enfrentadas e da qualidade de vida. Para cada um dos sujeitos da pesquisa, foi estruturado um "dossiê narrativo", composto de dados de identificação, notas de campo, narrativas transcritas na íntegra e dados obtidos do prontuário. Na análise, os dados de cada participante foram avaliados separadamente e, depois, relacionados com aqueles do conjunto dos participantes. A partir

desse processo, inicialmente foram identificadas e agrupadas as unidades de significado e, em seguida, essas unidades foram categorizadas, o que possibilitou a construção dos núcleos temáticos.

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Protocolo nº0757/07). Para identificação dos participantes, foram utilizadas as seguintes informações: número do sujeito (S seguido pelo número), sexo (masculino M ou feminino F) e idade.

Resultados e Discussão

O grupo estudado constituiu-se de oito homens e três mulheres, com idade variando entre 18 e 49 anos, a maioria solteira e sem filhos, com nível de escolaridade entre três e dezesseis anos (predomínio de ensino fundamental incompleto) e baixo poder aquisitivo (seis tinham renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo). Todos sofreram traumas múltiplos em consequência de acidentes: colisão de moto (6), bicicleta (2), ou outro veículo (1), e queda (2). Os traumas lesaram, principalmente, as seguintes áreas: crânio (8), extremidades (6), tórax (4), face (4) e abdome (3). Um paciente sofreu trauma raquimedular e três não apresentaram sequelas após o trauma. Sete tiveram como seqüela mais importante a diminuição da mobilidade, e, além dessa, foram mencionadas alterações metabólicas como hipercolesterolemia, *diabetes mellitus*, leucemia mielóide e estenose de traqueia. Em média, os sujeitos estiveram em internação hospitalar por 32 dias e, na Unidade de Terapia Intensiva, por 13 dias (em intervalos que variaram, respectivamente, de 3 a 84 dias e de 2 a 37 dias).

As narrativas e condutas dos participantes permitem constatar que os sentidos atribuídos pelos sujeitos à experiência do trauma estão relacionados às sequelas e se identificam, sobretudo, às dificuldades enfrentadas. Os sentidos da experiência associam-se a sentimentos inter-relacionados de medo, insegurança, revolta e vulnerabilidade ante o surgimento de patologias decorrentes do trauma, o agravamento do quadro clínico e percepções negativas da imagem corporal e das limitações da mobilidade. Importante fonte de atribuição de sentidos à experiência do sofrimento, também construída com base em sentimento, insere-se na ordem do sagrado.

Os depoimentos e ações dos sujeitos asseguram, também, a apreensão dos significados que atribuem

à qualidade de vida, para os quais converge, prioritariamente, a valorização da saúde, do trabalho e do apoio pelas redes sociais. Nesse caso, ressalta-se a avaliação negativa da qualidade de vida após o trauma, no que diz respeito à saúde e ao trabalho; no entanto, ela é representada positivamente, quando associada ao apoio da rede familiar.

Identidade pessoal, autonomia e capacidade de trabalho estruturam, em profundidade, a atribuição de significados à experiência do trauma, catalisando as unidades de significado identificadas nos depoimentos e ações dos sujeitos da pesquisa.

Enfrentamento do trauma: momento inicial

A maioria dos participantes esclarece ter sabido como ocorreu o trauma, por meio de relato de familiares ou de pessoas que presenciaram o acidente. Seus depoimentos revelam a inexistência de registro do acontecimento em sua memória. Assim, as narrativas se iniciam com um recorrente *não me lembro do que aconteceu*.

Em que pese a ausência de lembranças, que provavelmente apaga uma dor insuportável, os sujeitos elaboraram explicações para o ocorrido. As causas mais frequentes identificadas por eles inscrevem-se na instância do sagrado (desígnios de Deus), articulam-se a comportamentos individuais (uso de bebidas e de drogas ilícitas), ou se vinculam a deficiências ambientais e sociais (insegurança do ambiente de trabalho e falta de sinalização).

Em sua maior parte, as lembranças evocadas em associação ao acidente são relativas à percepção das alterações da imagem corporal: *...acho que mudou muito meu rosto, ficou diferente a minha fisionomia e meu braço também ficou horrível* (S2, M, 32). Com relação a essas imagens iniciais retidas na memória, os participantes da pesquisa admitem ter sentido, de maneira intensa, vergonha (alguns ainda sentem) pelo aspecto de seu corpo modificado pelo trauma, destacando o temor das possíveis reações negativas de outras pessoas. O sentimento de vergonha parece antecipar como outros vão percebê-los, defini-los, dizer-lhes quem eles são. Trata-se, na verdade, do reconhecimento da relevância de mudança capaz de afetar, temporária ou permanentemente, a identidade pessoal dos sujeitos que é, como qualquer outra, construída de maneira relacional, e tem como parceiros nessa construção aqueles de seu convívio próximo ou distante. A identidade pessoal, que se concretiza como processo de ajuste da subjetividade ao espaço social, contém um aspecto interior, psíquico e outro externo, social⁽¹¹⁾.

A memória é de intensas dores físicas e psíquicas. Naquele momento, os principais receios diziam respeito às mudanças corporais, especialmente a perda de mobilidade, da capacidade de trabalho e da aparência. Alguns viram os piores medos confirmados: *...às vezes nem acredito que precisei usar fralda, comer com a seringa... Quando recebi alta da Santa Casa, o médico falou para mim: você não vai andar mais. Eu chorei e falei para ele: eu quero tentar* (S1, M, 30).

Todos os sujeitos relatam a busca da compreensão para o que estavam vivendo, na fase inicial de adaptação, quando se defrontaram com questões relacionadas à procura de significados para o sofrimento, as perdas sofridas e a vida. Explicitam o acionamento de lógica construída na esfera do sagrado, como referencial importante para responder a suas dúvidas metafísicas e suportar o enfrentamento das dificuldades experimentadas. *Quando eu estava no CTI, eu não me via no hospital, eu me via num lugar onde alguém tomava conta de mim, era o centro* (espírita) (S8, F, 38).

As reminiscências do grupo revelam os principais elementos acionados pelos sujeitos para a atribuição de significados ao vivido, nesse momento primeiro do enfrentamento da realidade, após trauma: imagem corporal, mobilidade, trabalho, religião.

A cronicidade das dificuldades

Os participantes do estudo, no presente, percebem-se como doentes crônicos, concebendo esse "estar doente" como se tornar fisicamente dependente, não poder trabalhar e ser estigmatizado diante das alterações provocadas pelo trauma. *Parece que todo mundo me olha como um coitadinho que é deficiente por causa da perna* (S4, M, 27). O estigma, nesse caso, desencadeia-se diante de determinado problema de saúde e a pessoa passa a ser rotulada, evitada e degradada pelas pessoas próximas⁽¹²⁾, que não necessariamente são da família e, eventualmente, a família e os próprios sujeitos antecipam a reação negativa dos outros.

Concebem-se como doentes, também, porque tiveram sua mobilidade reduzida pelas sequelas do trauma. *No momento, eu sinto que não tenho saúde; estou incapacitada de fazer muitas coisas por causa dessa respiração. Então eu acho que ter saúde é poder ir e vir. Às vezes, tenho vontade de fazer uma caminhada e não posso...* (S8, F, 38). Esse adoecimento que permanece na vida dos portadores de sequelas mais graves é acompanhado por sentimentos de angústia, sofrimento emocional e espiritual, dor e incertezas, dificuldades e fatores estressantes que promovem mudanças no bem-estar, realidade também retratada na literatura especializada⁽¹³⁾.

A vida de pessoas que sofreram traumatismo múltiplo, com sequelas funcionais e estéticas, passa por modificações radicais, que implicam em incapacidades diversas e alterações da identidade pessoal, das condições físicas e mentais, do estado social, do emprego, das finanças, dos projetos de vida, aspirações religiosas e relações pessoais⁽¹⁰⁾. As alterações e incapacidades configuram o vivido, nos termos do conhecimento médico, como condição crônica de saúde. Todavia, é necessário sublinhar que a condição crônica se apresenta como experiência de vida envolta por conhecimentos, percepções e práticas aprendidas. Além disso, a experiência da condição crônica incorpora todo o círculo social do sujeito: família, amigos e companheiros de trabalho⁽¹⁰⁾.

A experiência da condição crônica, desencadeada pelo trauma, é representada por quase todos como ruptura biográfica, que modifica radicalmente estilo e qualidade de vida, trabalho e condição social, dados os problemas materiais com que se defrontam. Somente um dos participantes afirma que a vida melhorou após o trauma; os demais participantes referiram sentimento de vulnerabilidade, associado ao agravamento do quadro clínico e ao surgimento de novas doenças, dependência física, incapacidade para trabalhar e uso de medicações.

Na avaliação da qualidade de vida após o trauma, os participantes ressaltam a redução da renda mensal, decorrente da incapacidade para a continuidade do trabalho, diminuição da mobilidade física, problemas crônicos e amnésia ligada ao trauma. Destaca, por outro lado, a importância da família no apoio emocional e no resgate do equilíbrio da vida financeira.

Devido às muitas experiências negativas, vinculadas às sequelas duradouras do trauma, o indivíduo portador dessa condição crônica desenvolve autoimagem fragmentada. O sofrimento do doente crônico se situa no desconforto físico, nas restrições da vida, nas modificações da imagem e/ou da função corporal, no isolamento social e na perda de autonomia⁽¹⁴⁾. Pelo que se observou entre os sujeitos desta pesquisa e de outras, quando a relação entre o corpo e o eu é mediada por valores religiosos, morais ou espirituais, a experiência do sofrimento adquire significados que promovem a possibilidade de resgate de autoimagem integrada⁽¹⁰⁾.

Os sujeitos mencionam a fé em Deus como apoio, para enfrentarem a situação vivenciada após o trauma, e afirmam: *Deus é tudo! Deus é resignação! Primeiro tem que ser Ele, depois as outras coisas!* Eles reconhecem, como outros membros das classes populares brasileiras, a existência

de um poder superior capaz de agir sobre todas as coisas, um Ser que dirige a vida e traz segurança, paz, harmonia para o enfrentamento do sofrimento, das incertezas e da angústia⁽¹⁵⁾. A crença e a espiritualidade, indica a literatura, são condicionantes importantes para a saúde e, em especial, para as condições de estresse⁽¹³⁾. Somente um dos participantes deste estudo revela não ter crença religiosa e atribui o fato à desigualdade da experiência do sofrimento entre as pessoas. *Se existisse Deus ele não podia fazer uns sofrerem mais que outras pessoas* (S5, M, 26).

Depreende-se dos depoimentos que, no processo de adoecimento, as crenças mobilizadas assumem papel fundamental para atribuição de sentido ao sofrimento. Essas crenças afetam a percepção e a leitura do mundo, o conjunto de alternativas possíveis para tomada de decisões e a seleção de ações a serem ou não empreendidas. *Às vezes, eu não estou aguentando de dor nas pernas, aí penso que vai passar e Deus me ajuda mesmo* (S1, M, 30).

Alguns autores também mostram que a fé, independentemente da religião, é um dos esteios importantes nos tratamentos de saúde e na qualidade de vida, e que os mecanismos espirituais, como experiências de conexão com Deus ou com outras divindades, têm grande significado no processo de reabilitação das condições crônicas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Outro foco importante para a atribuição de sentido positivo à experiência – e que, os sujeitos reconhecem, estimulam o tratamento e o processo de reabilitação são as redes de apoio.

Para os participantes do estudo, a família representou a sua principal rede de apoio, marcando o processo de enfrentamento da condição crônica de maneira positiva. Nenhuma outra rede de apoio é indicada pelos sujeitos que, todavia, relatam mudanças no relacionamento com amigos, afetando negativamente o processo de reabilitação: *...a convivência com as outras pessoas ficou pior, as pessoas se afastam da gente e cada um vive sua vida* (S8, F, 38).

A despeito das consequências do trauma (incapacidades físicas, mudanças nas relações sociais, mudanças no estilo de vida), vários sujeitos assumem que a experiência redundou em melhor convívio familiar e reconhecem que a melhora do relacionamento familiar foi fator importante no processo de reabilitação. Os familiares foram considerados como importantes cuidadores no processo de adoecimento e no atendimento de suas necessidades básicas. Alguns, a exemplo do sujeito a seguir, mencionaram que, após o trauma, *a família é tudo, a gente ficou mais unida. A nossa família ficou mais*

forte (S6, F, 18). A possibilidade de acionamento do apoio familiar foi entendida pelo grupo como estratégia que possibilitou a compreensão do processo de adoecimento e a reação positiva à experiência de adoecimento⁽¹⁸⁾.

A condição crônica, seja devido a trauma ou enfermidade, coloca os indivíduos diante de limitações físicas e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros. A inserção em redes de apoio social contribui para o enfrentamento das mudanças e para a atribuição de sentido à dor, às perdas e dificuldades. Dentre essas redes de apoio, destaca-se a família, na promoção de bem-estar, suporte emocional, parceria no embate das mudanças⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Imagem corporal, trabalho e autonomia

A percepção de modificações na imagem corporal e sentimentos, relacionados à invalidez, encontram-se na base da atribuição de significados ao trauma, entre aqueles que apresentam sequelas mais importantes. Esses se concebem como inválidos e a invalidez é associada, sobretudo, à perda de mobilidade de partes do corpo e de autonomia, incapacidade física para o trabalho e para a realização de atividades cotidianas. *Sei que não vou mais conseguir trabalhar como protético porque perdi os movimentos da mão esquerda pelo encurtamento que tive no tendão e isso é uma sequela para vida inteira [...]. Eu não conseguia carregar nada* (S2, M, 32).

A dependência em relação a outros se revela extremamente problemática para os indivíduos que sofreram perdas comprometedoras de sua mobilidade. Ao se conceberem inválidos, sempre destacam essa dependência e os obstáculos enfrentados em seu cotidiano, inclusive na própria casa, devido à inadequação de edificações, veículos, planejamento urbano, prédios públicos etc. às necessidades especiais, das quais são portadores.

Nove entre os onze sujeitos do estudo residem em casa própria, em áreas da periferia da cidade. Os participantes com maior limitação física revelam as muitas dificuldades encontradas em seus domicílios, cuja estrutura física não é adequada a suas necessidades. *Aqui em casa não tem estrutura para cadeirante, não consigo entrar no banheiro porque a porta é muito estreita* (S10, M, 37). Problemas semelhantes foram encontrados em outras residências, como registra, por exemplo, o diário de campo relativo a outro participante da investigação (S1, M, 30): *casa de alvenaria com cômodos muito pequenos que dificultam a movimentação da cadeira de rodas*.

Os obstáculos ao deslocamento em cadeira de rodas não se limitam, entretanto, ao espaço da moradia.

O paciente que apresenta a limitação física mais grave, entre todos, se refere às dificuldades encontradas na estrutura do prédio onde se localiza o serviço de Previdência Social que lhe presta atendimento. *...fica difícil ir lá porque da última vez que fui, o meu irmão teve que me carregar porque eles marcaram num lugar cheio de escada* (S1, M, 30). Quanto aos serviços públicos, as queixas não se limitam, contudo, aos entraves arquitetônicos: a morosidade dos processos e a dificuldade para a realização de exames de alto custo pelo SUS foram indicadas, pelo grupo, como obstáculos relevantes ao processo de reabilitação.

A condição de inválido que eles se atribuem, caracterizada pela perda de mobilidade corporal, relaciona-se, invariavelmente, a duas qualidades concebidas por eles como essenciais a seres humanos plenos: capacidade de trabalho e autonomia. De autonomia, se veem privados até mesmo nas atividades simples e cotidianas. A incapacidade para trabalhar desponta como principal empecilho ao bem-estar familiar e à concretização de projetos de vida. Retomar o trabalho reveste-se da característica de sonho de conforto material para a família e de vida plenamente integrada à sociedade: *...trabalhando para garantir um futuro melhor para mim e para minha filha. Preciso acreditar que vou conseguir tudo isso, se não, vou ficar triste de ter passado tudo que passei e não ter direito ao lado bom da vida (...) com condições de ver minha filha estudar* (S6, F, 18).

Frente à incapacidade para o trabalho, quem não é *mais o mesmo* e sente falta da própria vida concebe-se dependente, debilitado, doente e desprezado. É possível depreender, das entrevistas, que a condição de *deficiente*, ou de inválido, com a qual se identificam os sujeitos, está vinculada às perdas de mobilidade e de capacidade de trabalho, entendidas, por sua vez, como perda de autonomia. Os sentidos de inválido, equivalendo a sem valor e deficiente, revelam a plena coerência com uma sociedade urbana e industrial marcada pela ética de trabalho e subordinada à lógica econômica, que os tornam desprovidos de valor, não só para a sociedade como para si mesmo. O trabalho é, portanto, acionado como categoria fundamental na construção da identidade.

Também contribuem para essa redefinição negativa de si as marcas visíveis do trauma inscritas em seus corpos. Os danos à aparência física são concebidos como *deformação* e *feiura* por todos os que sofreram mudanças nesse sentido. Para homens e mulheres, a imagem corporal comprometida por cicatrizes, restrição de mobilidade dos membros, perda de tecidos nas faces, braços e pernas repercute em rebaixamento da

autoestima. Entretanto, apenas entre as mulheres do grupo pesquisado encontraram-se relatos peculiares acerca da transformação do relacionamento conjugal, que parecem indicar questão relativa ao gênero. Elas narram ter percebido rejeição por parte de seus maridos, namorados ou companheiros e atribuem a mudança a sequelas do trauma. *Ele teve dificuldade em aceitar minhas cicatrizes e a minha dependência depois do acidente* (S3, F, 19). Essa dificuldade dos companheiros foi percebida por elas com sentimentos de frustração e revolta e é importante notar que no grupo de dez cuidadores, participantes da pesquisa, há apenas um do sexo masculino.

As modificações impressas pelo trauma sofrido, nos corpos dos sujeitos da pesquisa, repercutem em aspectos variados de sua vida material, emocional e social. Como matriz simbólica que organiza a experiência e as relações com o mundo social, o natural e o cosmológico, o corpo recobre-se de sentidos distintos: individual e social. A experiência corporal é uma realidade subjetiva, moldada pelas percepções individuais (corpo individual), mas, também, uma realidade objetiva, moldada pelas exigências da vida em sociedade (corpo social)⁽¹¹⁾. As narrativas evidenciam como o corpo individual, ao se distanciar daquilo que a sociedade designa como padrão de normalidade corporal, configura-se como fonte de problemas e sofrimentos diversos.

Por um lado, o corpo individual se afasta do corpo social porque o indivíduo não está mais apto para desempenhar sua principal função como membro de uma sociedade: trabalhar. Por outro lado, o corpo que se deslocava por toda parte, indo ao encontro de amigos, correndo com os filhos, trabalhando, agora depende de outros, aprisiona-o e transforma-se em símbolo de sua privação de autonomia. O corpo individual, resignificado pelo trauma, afasta-se do corpo social e do "eu". Esse divórcio entre o corpo individual e o corpo social é, ainda, intensamente percebido pelas reações de outros – ou o temor delas, expressado desde o primeiro

momento pós-trauma – e desencadeia uma série de sentimentos reveladores de como as manifestações sociais repercutem na experiência do trauma e na construção de seus significados⁽¹²⁾. Os significados da experiência de indivíduo politraumatizado, ante o corpo distanciado do ideal social (íntegro, sem sinais visíveis, apto para o trabalho etc.) e tornado fonte de restrições e de vergonha, perpassam pela identidade pessoal, reconstruída após o trauma.

Considerações finais

Os resultados encontrados permitem uma série de reflexões no campo da saúde pública. A análise informada pela Antropologia Médica mostra que a experiência do trauma é vivida mais do que como uma situação pontual, constituindo-se em processo individual e social que permeia e modela a vida dessas pessoas. As sequelas do trauma e suas consequências demonstram a necessidade de se conjugar experiências e saberes no cuidado ao paciente vítima de trauma, reconhecendo-o como sujeito ativo de seu processo de reabilitação e reconhecendo que esse processo é inteiramente permeado pelo universo simbólico. A experiência do trauma reflete uma referência individual, que pode ser comum a muitos, mas é vivida como dado biográfico e reflete conhecimentos peculiares a cada pessoa. Entretanto, também integra elaboração intersubjetiva, mediada pela vida em sociedade e é informada por significados coletivamente produzidos.

A inclusão da ótica dos indivíduos diretamente afetados pelo trauma, com atenção aos seus comportamentos, concepções e vivências é fundamental para o planejamento de ações de saúde pública voltadas ao atendimento das necessidades individuais, mas que, também, insiram o reconhecimento da importância de condicionantes socioculturais no processo saúde/doença.

Referências

1. Melione LPR, Jorge MHP. Morbidade Hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17: 205-16.
2. Ulvik A, Kvåle R, Wentzel-Larsen T, Flaatten H. Multiple organ failure after trauma affects even long-term survival and functional status. *Crit Care*. 2007;11(5):R95.
3. Livingston DH, Tripp T, Biggs C, Lavery RF. A fate worse than death? Long-term outcome of trauma patients admitted to the surgical intensive care unit. *J Trauma*. 2009; 67(2):341-349.
4. Oliveira NLB de, Sousa RMC de. Injury diagnosis quality of life among motorcyclists, victims of traffic accidents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003; 11(6):749-56.
5. Hampton NZ, Qin-Hilliard DB. Dimensions of quality of life for Chinese adults with spinal cord injury: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2004 February 18;26(4):203-12.
6. Nogueira LD, de Sousa RMC, Domingues CD. Severity of trauma victims admitted in intensive care units: Comparative study among different indexes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009 novembro-dezembro; 17(6):1037-42.
7. Malvestio MAA, de Sousa RMC. Predetermining value analysis of the prehospital phase procedures in trauma victims survival. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008 junho;16(3):432-8.
8. Kleinman A, Benson P. Culture, moral experience and medicine. *Mt Sinai J Med*. 2006 October;73(6):834-9.

