

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

SENTIMENTO DE PERDA:
VIVÊNCIAS DA MULHER COM AMPUTAÇÃO DO
MEMBRO INFERIOR

MARINA SOFIA QUITÉRIO MARQUES

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2008

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

SENTIMENTO DE PERDA: VIVÊNCIAS DA MULHER COM
AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

MARINA SOFIA QUITÉRIO MARQUES

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Maria **Amélia** da
Costa **Lopes** Professora Associada,
com agregação, da Faculdade de
Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade do Porto.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste trabalho apenas foi possível com o apoio e incentivo de várias pessoas. Neste sentido, não posso deixar de expressar a minha enorme gratidão pelo empenho demonstrado, aos diferentes níveis, por essas pessoas.

À Professora Doutora Amélia Lopes pela sua orientação, disponibilidade, minúcia e, de modo especial, pelo seu apoio e incentivo.

Ao Hélder Rocha Pereira, pela sua preciosa colaboração, pelos comentários pertinentes e pelo tempo que comigo despendeu.

À Carolina Raposo e à Marta Rocha Pereira pela ajuda e apoio.

A todos os amigos que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste estudo.

A todas as participantes deste estudo, pela disponibilidade e colaboração demonstradas.

A toda a minha família, em especial aos meus pais, o meu obrigado.

Ao Roberto e à Bárbara por toda a compreensão, apoio e carinho, o meu enorme obrigado.

RESUMO

A perda de um membro é uma situação que se apresenta com grande impacto na vida das pessoas provocando grande sofrimento e tensão emocional, originando uma série de respostas psicológicas complexas.

A pessoa amputada passa por diversas fases e sentimentos, desde a negação à depressão. Ela confronta-se com uma perda de autonomia que limitará o desempenho das suas obrigações profissionais, familiares e sociais que até então eram bem sucedidas (Augusto, Rodrigues, Simões Amaro & Almeida, 2004; Chini & Boemer, 2002).

Após uma amputação surgem alterações bio-psico-sócio-espirituais que vão interferir na vida das pessoas que se sentem isoladas e diferentes, com alterações a nível da auto-imagem e do auto-conceito. A mulher que é sujeita a amputação vivencia essa experiência não apenas com o sentimento da perda física, mas também como a perda do seu “Eu”.

A alteração da auto-imagem corporal leva a pessoa a sentimentos de inferioridade e ansiedade que devem ser minimizadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, com a estimulação para o auto-cuidado.

A realização de estudos centrados na experiência vivida em situações de amputação é escassa, especialmente os de âmbito qualitativo com uma abordagem fenomenológica. Neste contexto, este estudo apresenta como objectivos: i) conhecer as vivências das mulheres em idade adulta submetidas a amputação do membro inferior; ii) analisar o significado pessoal desse tipo de perda corporal; iii) identificar qual a actuação dos enfermeiros perante a mulher que vivencia a amputação.

Para o efeito, desenvolvemos um estudo qualitativo com características fenomenológicas. As participantes deste estudo são sete mulheres em idade adulta submetidas a amputação do membro inferior. Elegemos como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada e os procedimentos propostos por Cohen, Kahn e Steeves (2000) como suporte ao tratamento e análise da informação recolhida.

Neste estudo emergiram cinco temas centrais que permitem compreender de forma mais abrangente a experiência das mulheres amputadas: “vivenciando a notícia da amputação”, “confrontando a realidade da perda”, “adaptando a vida à nova condição”, “relacionando com os outros (e o OUTRO)” e “retratando a imagem e o corpo”.

A experiência da amputação vivida pelas mulheres é um período de grande sofrimento manifestando-se a raiva e a revolta após o choque inicial da notícia da necessidade de

amputação. Sentimentos de perda, dependência, inferioridade, invalidez, assim como, reacções depressivas revelaram-se comuns após o confronto com a realidade da perda do membro. Esta complexidade de reacções e sentimentos não é pontual, prolongando-se, muitas vezes, para lá do período de reabilitação.

A compreensão, pelos enfermeiros, da experiência vivenciada pelas mulheres amputadas é essencial no cuidar. Assim, o apoio por parte dos profissionais de saúde mostrou ser importante, quer na aceitação do acto de amputar, quer no alívio do próprio sofrimento, através do estabelecimento de uma relação empática manifestada pela presença incondicional, pela escuta activa e pelo toque terapêutico.

ABSTRACT

The loss of a limb is a situation that has a large impact in people's lives, causing great suffering and emotional stress and giving place to a number of complex psychological reactions.

The amputated person goes through several phases and feelings, varying from denial to depression. That person is confronted with a loss of autonomy that will limit the development of his/her professional obligations and family or social tasks hitherto well succeeded (Chini and Boemer, 2002; Augusto, 2004; Oliveira, 2004).

After an amputation, biological, psychological, social and spiritual changes occur, which will interfere with people's lives, making them feel isolated, different, with changes in terms of self-image and self-concept. The women that are submitted to an amputation live that experience not only in terms of physical loss but also as the loss of their "Self".

The change in body self-image leads people to feelings of inferiority and anxiety, feelings that should be softened by health professionals, namely, by nurses, through incentive of self-care.

The development of studies centred in the experience lived under situations of amputation is scarce, especially those of qualitative nature following a phenomenological approach.

Thus, this study aims: i) to know the experiences of adult women who were submitted to the amputation of a lower limb; ii) to analyse the personal meaning of that type of body loss; iii) to identify nurses' actions when dealing with women who suffer an amputation.

In order to achieve those objectives, we have developed a qualitative research study with phenomenological characteristics. The participants are seven adult women who have been submitted to the amputation of a lower limb. We have chosen to develop semi-structured interviews and have followed the proceedings suggested by Cohen, Kahn and Steeves (2000) as a basis for the treatment and analysis of the data collected.

In this study, five central themes have emerged, allowing us to have a wider view of the experience of amputated women, such as: "experiencing the news of the amputation", "confronting the reality of loss", "adapting herself to her new condition", "relating to others (and the OTHER)" and "expressing image and body".

The experience of going through an amputation is a period of great suffering for women, expressed by rage and anger after the initial shock brought by the news of the need to

get an amputation. Some of the most common feelings after realising one has lost a limb are feelings of loss, of being dependent on other people, of inferiority, of being handicapped, as well as depressive reactions. This complexity of reactions and feelings is not occasional. In fact, it often goes beyond the rehabilitation period.

Truly, it is essential for nurses to understand the experience lived by amputated women in order to give proper care. Thus, the support given by health professionals has proved to be important both in the acceptance of the amputation act and in the relief of suffering itself, through the establishment of an empathic relationship characterised by unconditional presence, by active listening and by the therapeutic touch.

ÍNDICE

ÍNDICE	11
INTRODUÇÃO	15
1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. IDENTIDADE PESSOAL	19
2. CORPO/IDENTIDADE CORPORAL	29
3. AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR	41
4. A ENFERMAGEM E A MULHER AMPUTADA	51
4.1. A comunicação/informação na relação de ajuda	58
4.2. As respostas emocionais da mulher amputada e o cuidar	62
4.3. A formação dos estudantes e enfermeiros	67
2ª PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	73
1. PROBLEMÁTICA	75
2. METODOLOGIA	77
2.1. Paradigma e tipo de estudo	77
2.2. Método de orientação para o tratamento dos dados	80
2.3. Selecção e caracterização das informantes	81
2.4. Colheita de dados	83
2.5. Rigor metodológico	84
2.6. Procedimentos éticos	85
3ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	89
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	91
2. DISCUSSÃO DOS DADOS	111
3. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
Anexos	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática das vivências das mulheres do fenômeno da amputação do membro inferior.	91
Figura 2 – Representação esquemática da dimensão “vivenciando a notícia da amputação”.	92
Figura 3 – Representação esquemática da dimensão “confrontando a realidade da perda”.	95
Figura 4 – Representação esquemática da dimensão “adaptando a vida à nova condição”.	98
Figura 5 – Representação esquemática da dimensão “relacionando com os outros (e com o OUTRO)”.	103
Figura 6 – Representação esquemática da dimensão “retratando a imagem e o corpo”.	108

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das informantes	82
---	----

INTRODUÇÃO

A amputação de um membro é sempre um evento crítico e frequentemente inesperado, onde se cruzam complicações patológicas de base com consequências e implicações profundas no retorno das pessoas ao seu quotidiano.

Torna-se evidente um quadro complexo de alterações fisiológicas, emocionais, sociais e espirituais, para nomear apenas algumas.

Como pode ser descrita a vivência das mulheres nesta situação? De que particularidades se reveste a sua experiência e que interesse têm para a prática clínica da enfermagem?

A literatura é escassa em relação às respostas que fornece. Particularmente deficitária é a área de estudos de carácter fenomenológico que descrevam as vivências das mulheres nos seus processos de amputação. Aspectos como a experiência da fragilidade, o sofrimento vivido em termos psicológicos, físicos, existenciais, sócio-relacionais e a experiência de superação de dificuldades foram já identificados em homens amputados (Ferreira, 2006). Todavia, as questões que atrás se referiram, e em especial com foco na experiência da mulher, permanecem por estudar.

De facto, a complexidade desta experiência faz com que muitas questões que interessam compreender no processo de adaptação da mulher a uma realidade diferente, não estejam suficientemente descritas. Falta compreender mais profundamente aspectos como: o que sentem as mulheres quando confrontadas com a notícia da necessidade de uma amputação? Como reagem no confronto com a realidade de um corpo diferente? Que reestruturações efectuam no quotidiano que lhes permitem lidar com a incapacidade física? Que percepção têm do apoio recebido? Como consideram os cuidados que os enfermeiros lhes disponibilizaram? E a sua imagem? Que sentimentos possuem ao olhar e ao ver olhado o seu corpo?

Conhecer e descrever este fenómeno em profundidade e contribuir para uma melhor compreensão das questões que atrás enunciámos poderá facilitar o cuidar dos enfermeiros a mulheres nesta situação específica. Na realidade, a investigação entendida como abordagem sistemática e rigorosa aos problemas com que o âmbito da prestação de cuidados se confronta é um suporte essencial para a prática de enfermagem. Através da investigação os enfermeiros podem progredir na qualidade dos seus cuidados ao transpor para a prática os resultados da pesquisa que desenvolvem.

O presente estudo – de tipo qualitativo e com características fenomenológicas – tem, então, como finalidade conhecer as vivências da mulher adulta com amputação do

membro inferior e a forma como os enfermeiros actuam perante as vivências dessas mulheres. A informação foi recolhida junto de sete mulheres em idade adulta submetidas a amputação do membro inferior recorrendo-se para o efeito a entrevistas semi-estruturadas.

Este trabalho integra para além da presente introdução diferentes capítulos.

No primeiro capítulo atender-se-á às principais linhas teóricas que permitem enquadrar o estudo. Particular atenção será dada às questões da identidade pessoal/corporal, pela sua pertinência, uma vez que se encontram relacionadas com o processo da amputação pelas alterações que poderão trazer a nível do eu e da imagem corporal. Por outro lado, tal como reflecte o tema do trabalho, são também considerados temas relacionados directamente com a problemática da amputação. O terceiro eixo de interesse no capítulo centra-se em torno da enfermagem em contexto de assistência à pessoa amputada.

No capítulo seguinte contextualizar-se-á o fenómeno em análise tendo em conta a pertinência, a finalidade e os objectivos do estudo.

No capítulo da Metodologia, explicitar-se-ão as opções tomadas no que concerne o tipo de estudo, a população a que se dirige, o instrumento de recolha de informação utilizado, bem como os procedimentos na recolha e tratamento dessa informação.

Após a apresentação e análise dos dados que emergiram desta investigação, discutir-se-ão os resultados encontrados face ao conhecimento já existente, perspectivando algumas implicações para futura investigação, em consequência do estudo desenvolvido.

Durante a elaboração deste trabalho tivemos sempre presente que a investigação tem de ser reconhecida pela enfermagem como uma forma de aumentar o conhecimento científico, sendo fundamental para a prática, uma vez que os conhecimentos adquiridos contribuem para tomadas de decisão adequadas e fundamentadas; contribuem, em síntese, para melhor cuidar.

De facto, estudos que permitam conhecer mais profundamente as experiências das pessoas alvo dos cuidados de enfermagem são fundamentais para que se possa actuar de forma mais consistente com os princípios de enfermagem, que realçam, não só a singularidade das pessoas em situação, como a singularidade dos cuidados que lhes são dispensados.

1º PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. IDENTIDADE PESSOAL

Neste capítulo iremos abordar os temas da identidade pessoal, do corpo e da imagem corporal e, finalmente, relacionar os aspectos referidos anteriormente com a pessoa amputada. Consequentemente, iremos subdividir este capítulo, referenciando os aspectos acima mencionados.

Identidade pessoal: conceito e sua evolução nas diferentes perspectivas; dualismo razão-emoção

Muita literatura tem focado o termo “pessoa” tentando defini-lo, quer implícita ou explicitamente, através de conceitos tais como “eu”, “si mesmo”, *self*, “consciência”, “mente”, “alma” ou “espírito”, entre outros.

A identidade pessoal é um tema abordado por diferentes áreas disciplinares uma vez que envolve questões da consciência; no entanto, por vezes, as respostas oferecidas a nível científico são inconclusivas e insatisfatórias, o que se deve em grande parte à subjectividade inerente ao próprio tema.

Foi John Locke¹ que, pela primeira vez, nos *Ensaio sobre o Entendimento Humano*, problematizou a identidade pessoal. Ao colocar esta questão, Locke queria determinar o critério que permite a reidentificação de uma pessoa ao longo do tempo. Este filósofo afirma que a identidade pessoal consiste na consciência e não vai além do que a própria consciência consegue atingir; acrescenta ainda que o eu não é determinado pela identidade ou diversidade da substância, mas somente pela identidade da consciência (Locke, 1690).

David Hume, visto como o terceiro e o mais radical dos empiristas britânicos (depois de John Locke e George Berkeley), também se debruçou sobre a Teoria Empacotada do Eu (*The Bundle Theory of the Self*); para Hume, o pensarmos ser a mesma pessoa com o passar dos anos, apesar das mudanças em alguns aspectos (pois a mesma pessoa está presente tal como estava no passado), pode levar-nos a questões sobre os aspectos que se podem alterar sem que o próprio indivíduo subjacente mude (Conte, s/d).

¹ Sacramento aborda o tema "John Locke e a problemática da identidade pessoal. Do impacto na modernidade até à sua actualidade na contemporaneidade". Disponível (on line) no site: [http://www.adelinotorres.com/filosofia/Carlos%20Sacramento-john locke e a problematica da entidade pessoal.pdf](http://www.adelinotorres.com/filosofia/Carlos%20Sacramento-john%20locke%20e%20a%20problematiza%20da%20entidade%20pessoal.pdf) (acedido a 4/3/2007)

Ao abordarmos a temática da identidade pessoal não nos referimos apenas à palavra “eu”, usada no seu modo convencional, mas sim a algo mais complexo e profundo que, na terminologia de Locke, designamos de «si próprio» ou *self*. Quando nos referimos ao nosso “eu”, isso significa que somos uma pessoa particular que se distingue dos outros seres ou pessoas, não apenas pelas qualidades corporais, mas também pelas diferentes experiências físicas e subjectivas que cada um de nós vive e que são única e exclusivamente de cada ser. Neste sentido, podemos dizer que, se todos os seres partilham experiências e situações semelhantes, é com as vivências e crenças intuitivas que nos diferenciamos uns dos outros².

A identidade pessoal consiste em uma pessoa ser capaz de se reconhecer a si mesma como sendo a mesma pessoa no momento presente e no passado, bem como a continuar a reconhecer-se do mesmo modo no futuro. Locke coloca a definição de identidade pessoal na unidade dos estados de consciência, ou seja, no conjunto de percepções e sensações experienciadas na primeira pessoa³. O mesmo autor refere ainda que temos de sentir que já passámos por experiências passadas de que nos recordamos no momento presente. Assim, podemos dizer que a identidade pessoal reside na consciência de si próprio.

Nesta linha de pensamento e tal como foi definida por Locke, a identidade pessoal está ligada à consciência uma vez que é necessário que uma pessoa se identifique com o seu corpo e com o seu estado mental, de modo a reconhecê-los como seus, uma vez que a continuidade das nossas componentes corporais não nos garante por si só que estejamos perante a mesma pessoa⁴.

Hume ao fazer referência à identidade do eu ou *self* num sentido substancial, nega que tenhamos alguma ideia do *self*. Este ponto de vista aproxima-se ao de Eric Olson quando defende não existir uma concordância mínima entre os autores que estudam o problema (Dinis, 2004).

Para Damásio (2002), entretanto, existe um “si mesmo”, um *self*, um “eu” de origem neurobiológica, com estruturas neurais complexas mas identificáveis; deste eu biológico passa-se à consciência do Si. No entanto, o autor também admite ser uma ilusão a existência de um *self* substancial de origem metafísica.

Para Dinis (2004), “identidade” significa “mesmidade” (do latim *idem*, mesmo), isto é, continuidade do ser pessoal. Algumas correntes consideram que a identidade do eu

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

peçoal não corresponde a estados passageiros - de ordem física, psicológica, afectiva ou estética -, mas a algo estável, a um «eu» substancial e permanente.

Para Teixeira (2004), o significado e a biologia, o social e o orgânico são identificados como os campos centrais através dos quais o si pode emergir, de modo a que a experiência “do que eu sou” não se desvaneça na análise formalista de *self*. O problema do si mesmo humano é o de dar sentido à vida, de lhe dar um foco que o separe dos automatismos, tendo Charles Taylor denominando este foco como “configurações”.

Clara Oliveira (2004) diz-nos que a identidade pessoal emerge essencialmente da percepção interna que o ser humano tem de si próprio, assim como das representações neurais que ele constrói de si mesmo, acrescentando ainda que a produção da representação de si próprio concretiza-se quando inserido na comunidade em que vive.

Explicar a natureza da consciência e as suas funções é actualmente um objectivo das ciências da mente. Neste sentido, têm sido propostas teorias e modelos de modo a dar respostas a questões relacionadas com a consciência. Devido a limitações científicas, muitos desses modelos foram alvo de crítica especialmente por parte dos que defendem a irredutibilidade da consciência, ou seja, pelos que acreditam que nunca se poderá explicar a forma como se produz a consciência, uma vez que esta não resulta de outros fenómenos mais elementares (Carreras, 2004).

Na perspectiva de Carreras (2004), a tradição filosófica mais prestigiada e com maior influência é a dos fenomenólogos, que têm como prioridade a consciência, uma vez que, para eles, ela é fundadora de qualquer suposta objectividade. Segundo o mesmo autor, existem cada vez mais cientistas e filósofos cognitivos com interesse em compreender a natureza, a origem e as funções da consciência através da explicação em função dos fenómenos mais simples.

A compreensão da consciência não passa apenas por explicar a emergência do psiquismo, ela deve dar conta da sua subjectividade, ou seja, da razão pela qual os fenómenos psíquicos são apenas percebidos pelo próprio indivíduo cujas sensações apenas podem ser sentidas e descritas pelo próprio e nunca por outro sujeito (Carreras, 2004).

Para Giddens (1995), a noção de consciência tem mecanismos sensoriais do corpo e dos seus modelos operativos, e pressupõe a consciência prática e a consciência discursiva. Na consciência prática existe um registo reflexivo de uma conduta por agentes humanos; na consciência discursiva o agente necessita de pensar de modo a que a actividade se desenvolva conscientemente; este tipo de consciência pressupõe a

capacidade de fazer um relato coerente das próprias actividades e das razões que levaram à sua realização; implica uma atitude “de pôr as coisas em palavras”.

Na perspectiva de Damásio (2004a) os organismos com consciência estabelecem uma ligação entre o mundo da homeostasia básica relacionado com o *proto-si* (o mundo da regulação automática) e o mundo da imaginação. A consciência é o meio mais sofisticado para contribuir para a homeostasia, desempenhando funções na criação de respostas originais, necessárias quando o organismo não está preparado ao nível das respostas automatizadas. Segundo as palavras do referido autor, podemos dizer que o poder da consciência nasce da ligação que esta estabelece com a parte biológica da regulação da vida individual e a parte biológica do pensamento. É esta ligação que constrói a base das preocupações individuais, que permeia todos os aspectos do pensamento, proporciona focos de solução de problemas e inspira soluções. Neste contexto podemos dizer que a consciência é valiosa pois centra o conhecimento na vida do ser individual.

A sociedade moderna influencia grandemente o indivíduo que nela está inserido, contribuindo para afectar os aspectos pessoais da nossa existência. Esta reflexão não está centrada no “eu” fruto de uma abordagem psicológica, mas na importância do entendimento dos mecanismos de auto-identidade despoletados pelas instituições da modernidade, influenciando também na sua constituição; os indivíduos, ao forjarem as suas auto-identidades, contribuem para as influências sociais globais nas suas consequências e implicações (Barbosa, 2003; Giddens, 2002).

A análise do “eu” na sua dimensão ontológica, na trajectória da modernidade, inclui os controlos do corpo e da mente devido à necessidade de constituir um modelo de aceitação, na busca de padrões ideais do corpo (*ibidem*).

No desenvolvimento inicial do indivíduo, a confiança básica, em circunstâncias estáveis de auto-identidade e ambiente circundante (segurança ontológica), deriva da confiança pessoal e estabelece uma necessidade de confiança nos outros, que resiste ao longo da vida (Giddens, 1991). A segurança ontológica, segundo o mesmo autor, diz respeito à crença que os seres humanos têm na continuidade da sua auto-identidade e no ambiente das relações sociais e materiais que os rodeiam. Uma sensação de fidedignidade de pessoas e coisas (central à noção de confiança) é fundamental nos sentimentos de segurança ontológica. Esta está relacionada com o “ser” ou, nos termos da fenomenologia, “ser-no-mundo”, tratando-se de um fenómeno emocional enraizado no inconsciente.

Niels Herik Gregerso diz que o conceito de pessoa depende do modo como se resolve o seguinte dilema:

Devemos dar sempre prioridade às capacidades individuais da pessoa humana, ou devemos, pelo contrário pôr em relevo que se é sempre pessoa numa rede de relações? No primeiro caso, a autonomia é considerada a característica fundamental da pessoa. No segundo caso o que é fundamental é o *carácter relacional*, sendo as pessoas vistas como situadas em famílias, comunidades e culturas (In Dinis, 2004, p. 228).

Neste sentido, Dinis (2004) refere que as questões éticas só existem num contexto relacional uma vez que são as relações interpessoais (características próprias do ser relacional) que atribuem ao ser humano uma identidade e o configuram como pessoa.

Clara Oliveira (2004) defende que a identidade pessoal dos sujeitos gera-se através da integração contínua de perturbações à construção de auto-representações, ou seja, gera-se através de um processo ininterrupto dentro de si em torno de um padrão organizacional único de cada sujeito. Esta identidade liga-se com a identidade corporal, daí as questões estéticas serem extremamente importantes para muitos sujeitos, uma vez que a percepção que têm de si próprios centra-se sobretudo na representação que fazem das suas dimensões corporais expostas à percepção sensorial dos outros. No entanto, para a mesma autora poderá haver alterações da identidade pessoal se houver alterações das representações externas, nomeadamente no que diz respeito à beleza, à juventude, ao reconhecimento social, entre outros. Quando isto ocorre podemos considerar que o indivíduo está doente uma vez que não consegue assegurar a manutenção do seu padrão auto-regulador de significação do mundo, encontrando-se portanto numa fase de dissolução.

O domínio da identidade pessoal, ou do *self*, é particularmente notável entre o conhecimento e a experiência, uma vez que a determinação do que somos não pode ser exclusivamente dependente de uma estrutura formal ou neuronal. Da mesma forma, a determinação do que somos, em virtude dos significados sociais, não é suficiente para prever um eu que não se reduza aos golpes de força política da força comunicacional (Teixeira, 2004).

O que distingue o ser humano dos outros seres vivos é a linguagem, a sua capacidade auto-reflexiva. Teixeira (2004) refere que a linguagem humana emerge das coordenações conductuais de terceira ordem (fenómenos que incluem um certo grau de sociabilidade) através de valores que constituem a nossa vida mental. A linguagem envolve as relações entre o corpo e a mente, uma vez que esta necessita do corpo para se constituir, não se reduzindo no entanto a essa corporalidade. Este autor explica

melhor este cruzamento social das corporalidades humanas quando refere que o mental emerge do corpo mas não se reduz ao mesmo. Assim, a corporalidade, embora seja imprescindível para a mente, não é uma sua condição suficiente, uma vez que esta necessita da linguagem para que se possa constituir.

No que diz respeito à linguagem, Teixeira (2004) refere que esta decorre de um domínio relacional, dinâmico e contingente, em que a corporalidade do ser humano opera como uma totalidade e não enquanto sistema composto e estruturalmente determinado.

Sendo a linguagem uma característica essencial do ser humano, torna-se pertinente abordar a importância da narrativa na formação da identidade pessoal e o modo como a alteração narrativa possibilita mudanças nas nossas vidas.

A arte mais básica e primordial desde o começo dos tempos é a narrativa e “a identidade não é mais do que o relato que de nós próprios fazemos” (Montero, 1998, p. 17).

Segundo Gonçalves (2004), desde muito cedo começamos a dar significado às nossas experiências de vida tanto para nós próprios como para os outros, através da narração de histórias. Neste contexto, a organização do passado, o viver o presente ou o antecipar o futuro sem recorrer à construção de histórias torna-se difícil. O autor acrescenta que é quase impossível pensar sobre a nossa experiência ou a dos outros sem recurso à montagem de narrativas.

Efran, Lukens e Lukens, referidos por Gonçalves (2004), comparam as narrativas da nossa vida a um filme, onde somos produtores, realizadores, argumentistas e actores dos nossos filmes, ou seja, das nossas narrativas. No entanto, quando nos vemos como actores dessas narrativas externamente (por exemplo, na visão do realizador ou das audiências) imaginamos o nosso corpo do ponto de vista do espectador, não limitando a nossa visão apenas ao que os nossos olhos viram.

Quando a narração da nossa história é sempre a mesma, poderemos estar a negligenciar significados alternativos que podem ter emergido de acontecimentos presentes, passados ou até mesmo imaginados para o futuro (Gonçalves, 2004). Pode também surgir a mudança quando as pessoas começam a estar atentas a acontecimentos diferentes da narrativa problemática ou quando surgem desempenhos que levam a pontos de mudança súbitos. Estes pontos de mudança podem acontecer devido a processos terapêuticos significativos ou devido à revolta do paciente contra a sua sintomatologia ou ainda porque este começa a imaginar e a realizar alternativas comportamentais.

Ainda acerca da narrativa, Gonçalves (2004) refere que para mudar a nossa história de vida terá de haver um espaço interpessoal onde as novas histórias e desempenhos sejam testemunhados e validados por outros. Este autor reforça esta ideia ao dizer que a existência, enquanto processo de narração e desempenho, é algo que, quer numa situação de doença, quer na transformação criativa, nunca pode ocorrer sozinha.

A interpretação e a linguagem são fundamentais na identificação do eu. Para Teixeira (2004), não se pode dissociar o si mesmo e a identidade pessoal da auto-interpretação, o *self* da linguagem, o sentido de si da construção semântica. A linguagem está no centro da sociabilização, da cultura e do humano; a linguagem dá o significado sem o qual a sociedade é incapaz de se auto-construir como *locus* de novas e renovadas realidades culturais, é a sua natureza que faz emergir a cultura como algo significativo.

A identidade de algo implica haver diferença entre as outras coisas. Poderá dizer-se que a identidade real (ontológica) está ligada à perseverança de um ser através do tempo apesar das mudanças ou acidentes. Por exemplo, a identidade do corpo humano, apesar das suas mudanças ao longo do tempo é considerado sempre como o mesmo corpo (Brugger, 1987). Segundo Maia (2005), a utilização deste conceito de identidade ontológica foi usado, quer para descrever o corpo humano quer um conjunto; falamos assim de identidades relacionadas a pessoas, a culturas e a nações.

A capacidade que o ser humano tem de reflectir eticamente, assim como o de assumir decisões éticas e de justificar eticamente o seu comportamento tem sido de grande importância na definição da identidade pessoal. Esta afirmação assenta numa concepção essencialista (no que diz respeito a conceitos) e racional (no que diz respeito aos juízos). No entanto esta concepção simultânea tem vindo a ser posta em causa defendendo-se antes que as decisões éticas não dependem da capacidade de abstracção do *self*, o que aliás foi já defendido por David Hume (Dinis, 2004).

David Hume refere que “a ética é mais propriamente sentida que julgada” (Dinis, 2004:214). A análise de Hume é baseada na dualidade razão-emoção, permitindo neste dualismo separar a razão da emoção no que diz respeito às questões éticas, valorizando a razão em relação à emoção ou vice-versa.

Damásio (2005), em relação ao dualismo razão-emoção, sublinha que a dimensão ética de identidade pessoal está intimamente dependente da integridade ou lesões de algumas zonas cerebrais. Por exemplo, poderá haver alterações do comportamento ético e da personalidade se houver lesões a nível do lobo frontal, uma vez que interferem na dimensão emocional do indivíduo e alteram o equilíbrio da interacção entre razão e emoção. O mesmo autor faz também a distinção entre a consciência com

sentido psicobiológico (*consciousness*) e a consciência com sentido moral (*conscience*), pois considera que é na sua dimensão ética que o ser humano atinge o auge da sua humanidade.

Para Teixeira (2004), não há razão sem emoção uma vez que é a emoção que constitui o substrato sobre o qual a razão acontece. A razão é estritamente contextual em função das diferentes disposições corporais dinâmicas (ou emoções). Na compreensão da linguagem humana a presença de emoções tem uma grande importância uma vez que, quando estas mudam, o domínio de acção em que nos contextualizamos também se altera, ou seja há mudança da disposição do corpo para aceitar ou rejeitar determinados pressupostos linguísticos.

As emoções e os sentimentos de emoções constituem o início e o fim de uma progressão. No entanto, o carácter público das emoções e a privacidade dos sentimentos dizem-nos que os mecanismos ao longo da vida são diferentes. Assim, a palavra sentimento deve ser reservada para a experiência mental e privada de uma emoção e o termo emoção deve ser usado para definir o conjunto de respostas que constituem uma emoção, as quais muitas vezes são observadas publicamente.

As representações que provocam emoções e consequentemente levam a sentimentos podem não ser devidamente valorizadas, embora estejam relacionadas com acontecimentos externos ou internos. As representações, como diz Damásio (2004a), sejam do exterior ou do interior, podem ocorrer fora do escrutínio da consciência e induzirem respostas emocionais. Quando uma representação sensorial é formada, não temos grande controlo sobre o mecanismo indutor da emoção; e se os contextos, quer psicológicos quer fisiológicos, forem os adequados, seguir-se-á uma emoção.

Damásio (2004a, 2004b) classifica as emoções em três categorias:

- Emoções de fundo – o diagnóstico deste tipo de emoções depende de manifestações, tais como os movimentos de todo o corpo ou apenas dos membros; a força desses movimentos, as suas precisão, frequência e amplitude; as expressões faciais. No que diz respeito à linguagem o que tem significado é essencialmente o tom da voz e a cadência do discurso. São emoções de fundo o bem-estar ou o mal-estar, a calma ou a tensão, a lassidão ou o entusiasmo; no entanto ainda não é sabido como é que o temperamento e o estado geral da saúde interagem com este tipo de emoções;
- Emoções primárias ou universais – são mais fáceis de definir uma vez que existe uma tradição bem estabelecida no que diz respeito às emoções que fazem parte deste grupo. Esta facilidade de definição advém da forma como estas emoções são rapidamente reconhecidas quer nos seres humanos, nas suas diferentes culturas,

bem como nos seres não humanos. Quando se fala deste tipo de emoções o nosso pensamento leva-nos a uma lista da qual fazem parte a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa e a aversão ou o nojo;

- Emoções secundárias ou sociais – Neste tipo de emoções estão incluídas a simpatia, a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, o ciúme, a inveja, a gratidão, a admiração e o espanto, a indignação e o desprezo. Muitas reacções regulatórias assim como componentes das emoções primárias fazem parte integrante das emoções sociais, em diversas combinações. A título de exemplo podemos referir quando o desprezo usa as expressões faciais do nojo. Reacções de dor e de prazer são também evidentes na dimensão das emoções sociais.

Para cada pessoa existe um corpo, para cada mente existe um corpo. Uma mente, que é o que define uma pessoa, exige um corpo e um corpo gera naturalmente uma mente. A mente é de tal forma modelada pelo corpo e destinada a servi-lo que apenas uma mente pode surgir nele (Damásio, 2004a).

2. CORPO/IDENTIDADE CORPORAL

O dualismo corpo / mente foi apresentado por Descartes na Renascença; aqui o corpo começou a ser visto como uma máquina que se podia decompor em várias peças para poder ser estudado e conseqüentemente se identificar e corrigir o que não funcionava (Novais 2003). Aí, o corpo era representado como uma máquina que era movida pela alma sendo esta o vector de movimentos e o corpo a matéria onde se produziam esses movimentos. No mundo Ocidental a concepção, mais frequente, do corpo está relacionada com a formação anatomo-fisiológica, consequência do saber das ciências médicas e de séculos dedicados à axiologia cartesiana.

O corpo não é apenas um objecto físico, pois o que os outros nos dizem dele tem algo de exótico assim como tem de mistério, sobre o que nós próprios sentimos nele. Para Merleau-Ponty o visível está sempre atrás, depois ou entre os aspectos que dele se vêem e só temos acesso a ele devido “ a uma experiência que, como ele, esteja inteiramente fora de si mesmo” e é assim que o “ nosso corpo domina o visível para nós; mas não o explica, não o ilumina, apenas concentra o mistério de sua visibilidade esparsa” (2005, p.133). Nesta perspectiva, a teoria dualista corpo-espírito não corresponde à nossa própria vivência do corpo, varia de cultura para cultura, estando em consonância com a representação de pessoa, bem como com um conjunto de outras representações que configuram toda a visão do mundo.

Para Correia (s/d), a apresentação do corpo como solução do problema da identidade pessoal, deriva do facto de que, apesar da constante mutação de propriedades, ele é ainda o principal ponto de referência da nossa unidade como pessoas.

Clara Oliveira (2004) defende que, mesmo que o corpo passe por diferentes etapas de vida, viva mundos diferentes e conseqüentemente de diferentes modos, é esse corpo que para além de nos conferir a nossa existência, também nos confere a nossa própria identidade.

Desde as antiguidades grega e latina que o corpo é um dos principais temas de reflexão e de interrogações, inicialmente da filosofia e posteriormente da sociologia, da antropologia, da psicologia, da medicina, em sequência do desenvolvimento das ciências humanas (Augusto, Rodrigues, Simões, Amaro & Almeida, 2004). O corpo e as suas representações atingiram uma enorme importância na sociedade, uma vez que se tornou uma referência de estudo em diversas áreas do conhecimento.

Desde a época Clássica e o Renascimento, na Idade Média e nos tempos modernos, houve sempre quem desse atenção ao corpo, quer a nível da saúde ou da aparência,

da eficiência instrumental ou do prazer carnal⁵. As diversas práticas corporais (controle, manutenção e reparação), a que os homens e mulheres de hoje se dedicam, traduzem um grande investimento narcísico no corpo, em relação ao passado (*ibidem*).

O corpo, nos últimos anos, tem sido objecto de estudo por excelência, não só na perspectiva tradicional das ciências da natureza, bem como em novas disciplinas tais como a genética e a neurobiologia. O corpo é um dos focos principais da reflexão filosófica, psicológica e socioantropológica. Deste modo, a reflexão que tem atingido e o interesse que tem despertado são sinais de uma grande mudança cultural. Sempre houve uma preocupação a nível do corpo, quer a nível da saúde ou da aparência, da eficácia instrumental ou do prazer carnal, mas foram a história e a antropologia que desmistificaram a representação moderna de um corpo universal⁶, emergindo os corpos particulares nas suas diferentes expressões, usos e significados (Ribeiro, 2005).

Nos dias de hoje, tanto para os homens como para as mulheres, o corpo ultrapassou o mundo dos objectos, situando-se na “esfera do sujeito, assumido e cultivado como um *eu-carne*, credor de reconhecimento e de glorificação e mesmo objecto-sujeito de culto” (*ibidem*, p. 7).

Na sociedade actual, cada vez mais se valoriza a imagem corporal, os aspectos físico e estético. Tanto os homens como as mulheres dão especial importância às características corporais que consideram desejáveis, fazendo de tudo para ter o corpo ideal. Essa imagem do “corpo ideal” é grandemente influenciada pela nossa sociedade, pelos corpos que exibem nos desfiles de moda, pela imagem das *top models* e dos *sex symbols* que todos os dias entram dentro das nossas casas através dos meios de comunicação social (*ibidem*).

Para Santos (2003) a publicidade efectuada pelos *media* não tem em conta a insegurança que grande parte das mulheres sente em relação ao seu corpo. Os agentes de publicidade, muitas vezes, separam o corpo em partes (pernas, face, peito...) transformando-o deste modo num objecto.

Juízos de valor são construídos sobre a aparência da mulher, através das imagens que todos os dias entram pelas nossas casas através dos meios de comunicação social, sendo estas expostas de forma a criar uma ilusão, um ideal de fantasia. Neste contexto, poderá haver quem faça certas considerações às pessoas que “fogem” aos padrões “preconizados” pelos *media*, afectando assim a forma como nos relacionamos com os outros, independentemente do género. No entanto, pensa-se que a mulher poderá ser

⁵ Referimo-nos não apenas à satisfação das necessidades humanas básicas, bem como o recurso a formas de controlo narcísico do corpo tais como perfumes, porções mágicas e alimentos afrodisíacos.

⁶ Carne em oposição ao espírito

mais afectada uma vez que os sentimentos do sexo feminino estão relacionados com a sua auto-imagem, em que a elaboração da imagem que tem de si própria é construída através da sua percepção do corpo como aceitável ou não aceitável (*ibidem*).

Concordando com Santos (2003), Bruchon-Schweitzer (referida por Ribeiro, 2005), também comenta que este fenómeno é mais frequente nas mulheres, uma vez que elas investem mais do que os homens na função social do seu corpo, atribuindo-lhe mais significado pela relação interpessoal. Neste sentido, podemos dizer que cada vez mais estamos condicionados por padrões de beleza impostos pela nossa sociedade que poderão influenciar os sentimentos face à nossa aparência podendo afectar as nossas escolhas e os nossos objectivos.

No entanto, a satisfação corporal vai muito para além da aparência, uma vez que se atribui ao corpo funções biológicas, psicológicas e sociais. Deste modo, a satisfação corporal mantém em equilíbrio o auto conceito e a auto-estima que dependem essencialmente do desempenho social. A imagem corporal representa um papel importante nos relacionamentos interpessoais, no desempenho de papéis e até mesmo na mera exposição ao olhar de outrem (Ribeiro, 2005).

Para Pedrosa (2005), o corpo tem um papel importante na vida do sujeito, na definição de padrões de conhecimento de si próprio e de construção de identidades, pois este sujeito está ligado a regras de socialização e a práticas culturais. A autora acrescenta que é através do corpo que o indivíduo se faz representar no mundo e que estabelece uma relação com os outros.

Neste contexto, o corpo é uma propriedade do ser humano, no entanto não é a sua essência. O corpo é um corpo vivido, ele adquire conhecimento através do meio que o rodeia, dá e recebe tudo o que o ambiente lhe oferece para nascer, viver, crescer, reproduzir-se e morrer. São as actividades diárias, de repetição de situações que são familiares ao indivíduo, que dão ao corpo “invisibilidade” e é apenas em situações de tensão que o homem tem consciência do seu corpo (Novais, 2003).

As representações que se tem do corpo têm como base as características da sociedade em que se está inserido, tornando-se deste modo num produto social, cultural e psicológico. Assim, a percepção corporal está ligada não apenas ao contexto cultural e social de cada indivíduo, mas também ao grupo de pertença. O corpo é um instrumento de acção, resultado da aprendizagem social e cultural, no que respeita a técnicas de reprodução, alimentação, higiene e conforto (*ibidem*).

É no meio em que o indivíduo está inserido, envolvido em rituais, hábitos e ligações familiares que ele criou ao longo da vida, que o seu dia a dia tem significado, através

dos gestos, sensações e percepções, que dão forma às diferentes sequências da vida. É neste quotidiano da vida que estes rituais ocupam um lugar no corpo que “vai da presença à ausência, do **Ter** ao **Ser**” um corpo (Novais, 2003, p.19).

Para Berger e Luckmann (2004) o desenvolvimento do organismo humano e do eu em determinado ambiente social está ligado à relação humana que existe entre o organismo e o eu. Se por um lado o homem é *um corpo*, por outro lado, o homem *tem um corpo*; o homem tem a vivência de si mesmo como uma entidade que não é igual ao seu corpo, mas no entanto tem esse corpo ao seu dispor. A experiência que o homem tem de si procura sempre o equilíbrio entre o «*Ter* e o *Ser*» um corpo.

Segundo Clara Oliveira (2004), há uma relação recíproca corpo-mundo uma vez que nos damos a conhecer através do nosso corpo. Como já referido anteriormente, também Merleau-Ponty (2005) nos diz que o corpo é a forma visível de estarmos no mundo. É o ver ou o sentir que de certa forma nos faz pensar e este pensamento advém de uma carne. Nesta ordem de ideias, é importante saber o sentido de ser no mundo; devemos repensar a nossa experiência de estar no mundo e em simultâneo pensarmos o ser do mundo; devemos reformular argumentos cépticos fora do preconceito ontológico, de modo a sabermos o que é o ser-mundo, o ser-coisa, o ser imaginário e o ser consciente (*ibidem*).

Merleau-Ponty (1996) procura ter um conhecimento concreto sobre o homem como ser-no-mundo, referindo que este ser-no-mundo está presente pelo seu corpo mas dotado de um espírito, de uma essência, sendo um ser único com a sua respectiva singularidade. No entender de Clara Oliveira (2004), o homem como *ser-no-mundo* é também *ser-aberto-ao-mundo*, ele apreende esse mundo através da consciência e do corpo.

Damásio (2005) realça a interacção das várias dimensões do homem e da sua ligação ao mundo quando refere que a alma respira através do corpo e que o sofrimento acontece na carne, quer este comece no corpo ou numa imagem mental. Deste modo, o autor pretende provar a indissociação do *corpo-mente-alma*.

O corpo é o meio que utilizamos para ver o mundo, constituindo-se como elemento primordial do existir; é através dele que estamos inseridos na sociedade, que comunicamos, nos expressamos e experienciamos as nossas vivências e, portanto, ele não é meramente um objecto. É na experiência vivida que se apreende a complexidade do comportamento humano e não numa situação criada em laboratório (Merleau-Ponty, 1994).

Ao afirmar que o corpo não é um objecto, Merleau-Ponty (1996) tenta ultrapassar a concepção materialista (que considera o corpo como um objecto), bem como a espiritualista (que desvaloriza o corpo opondo-o à alma); por outro lado, acrescenta que o homem também não pode ser visto como um simples conjunto do psiquismo com o organismo. Existe uma união permanente entre o corpo e a alma, eles mantêm uma relação de expressão recíproca, existindo uma comunicação constante entre o corpo e o espírito.

O corpo é o que possuímos de mais real, mais palpável, o que de mais privado temos, no entanto também o que de mais público existe, uma vez que é através dele que nos fazemos representar perante os outros. O corpo é o primeiro nível que determina o *ser* e o *aparecer* da pessoa; a percepção que temos do nosso próprio corpo, a forma como o utilizamos e o sentimos, bem como as representações que temos dele são o reflexo de uma abordagem, de uma época ou de uma cultura, uma vez que vai sofrendo gradualmente mudanças ao longo do tempo (Augusto *et al.*, 2004). O corpo é também a expressão da personalidade de cada um, da cultura, da história de vida, daí apresentar diferentes concepções de acordo com o significado que lhe é atribuído.

Braunstein e Pépin (referidos em Augusto *et al.*, 2004), afirmam que o corpo não é apenas um componente de peças orgânicas, mas revela-se também enquanto vector essencial, social, psicológico, cultural e religioso. O corpo, fazendo parte do nosso dia a dia e recorrendo a um conjunto de sinais ligados à linguagem, aos gestos, às roupas, às instituições e às percepções que temos da realidade, é sem dúvida um meio de comunicação.

Novais (2003) comunga da mesma opinião referindo que o corpo é um meio de comunicação, através do olhar, dos movimentos corporais, das expressões faciais, do tom de voz, do tacto, que isoladamente ou em conjunto dão e recebem informações, sensações e emoções. O “EU” da pessoa revela-se através do corpo que o torna “visível”, que o sustenta e lhe dá vida. Neste contexto, podemos referir (quase como diz o ditado) que o corpo é o espelho da alma, da pessoa vista como um todo, com corpo, mente e espírito.

Para Watson (2002, p.97), “a pessoa tem três esferas do ser – mente, corpo e alma – que são influenciadas pelo conceito do EU (...) A noção do Eu é o centro subjectivo que experiencia e vive dentro do somatório das partes do corpo”, bem como dos pensamentos, memórias e histórias de vida. A pessoa não é apenas um ser meramente físico, também é um ser espiritual, e que faz parte da natureza.

Imagem corporal: percepção/sentimentos acerca do corpo e as vivências experienciadas

No que diz respeito à imagem corporal, existe alguma controvérsia sobre qual seria o termo mais correcto a usar: esquema corporal ou imagem corporal? Houve maior predominância do uso do termo “imagem corporal” na psicologia e do de “esquema corporal” na neurobiologia (Barros, 2005).

Na realidade, existem alguns autores que defendem haver diferença entre ambos os termos. O esquema corporal inicia o seu desenvolvimento antes do nascimento indo até ao terceiro ano de vida, continuando em permanente evolução adaptativa ao longo da vida do indivíduo. A imagem corporal embora seja estruturada essencialmente nos primeiros anos de vida, devido às condições fisiológicas, afectivas e sociais inerentes a essa etapa do ciclo da vida, é, no entanto, um processo que ocorre durante toda a vida. Assim, segundo Pedrosa (2005), a imagem corporal está relacionado com a forma pela qual o corpo é percebido pelo indivíduo, ou seja, é a representação mental do próprio corpo, no que diz respeito ao cerne da identidade do ser humano.

A imagem corporal, segundo Wald e Álvaro (2004), é uma construção complexa, definida por percepções, conceitos e sentimentos acerca do corpo e experiência corporal sendo grandemente influenciada pelo nosso contexto sócio-cultural; a imagem corporal dá significado ao nosso “EU” mas também influencia o pensamento, as atitudes e a relação com os outros.

Para Thompson (2002), o conceito de imagem corporal surge através da percepção que se tem do si e do corpo, e que passa pela representação que cada indivíduo faz para si, na sua relação com os outros a partir da sua própria existência. Este conceito não diz apenas respeito ao corpo, mas também à subjectividade que surge de diversas influências, sejam elas do próprio corpo, do esquema corporal e/ou da sua relação com o conhecimento.

Segundo Maturana (2004), o esquema corporal é a imagem tridimensional que cada pessoa tem do seu próprio corpo; é captado através dos sentidos, no entanto não se trata de uma percepção; é o que especifica o indivíduo enquanto ser representativo da espécie humana, independentemente do seu lugar, época ou clima no qual ele vive. No que diz respeito à imagem corporal, o mesmo autor refere que esta corresponde à configuração do próprio corpo formada e estruturada na mente do indivíduo, ou seja, é a maneira como o corpo se apresenta a si próprio. É o conjunto de sensações cinestésicas formadas pelas sensações (audição, visão, tacto, paladar), oriundos de

experiências vivenciadas pelo indivíduo, o qual cria, então, um referencial do seu corpo, para si e para o outro.

Sobre este tema, Tavares (2003) refere que o esquema corporal está ligado à estrutura neurológica do sujeito que é responsável pelas informações proprioceptivas que lhe permitem reconhecer o corpo anatómico. Por seu lado, Oliver (referido por Barros, 2005) afirma que a imagem corporal se constrói sobre o esquema corporal; nas palavras de Le Boulch, a “ambiguidade introduzida por esta dupla terminologia cria a impressão de que existiria por um lado, um corpo neurológico, e, por outro lado, um corpo espiritual e teria que se fazer esforço para unir os dois corpo” (Barros, 2005, p.549).

Segundo Barros (2005), parece ser paradoxal que haja distinção entre esquema corporal e imagem corporal uma vez que o ser humano é um corpo uno. A mesma autora acrescenta que o esquema corporal se interpõe na imagem corporal e vice-versa, formando um único conceito, não sendo importante qual deles usar.

Tavares (2003) refere que fazem parte da imagem corporal todas as formas que o indivíduo experimenta e conceitua o seu próprio corpo; ela é compreendida como um fenómeno singular, estruturado no contexto da experiência individual da pessoa num meio de inter-relações entre imagens corporais. A imagem corporal é o ponto de partida através do qual o indivíduo desenvolve a sua identidade, reflecte a sua história de vida, o percurso de um corpo, e elabora um auto-conceito. São percepções que se concretizam num corpo, ou seja, são as histórias das experiências vividas percebidas por cada sujeito.

Também Bittencourt (2006) partilha da mesma opinião ao referir que a imagem corporal é particular de cada um, uma vez que está ligada ao sujeito e à sua história de vida. A imagem do corpo é a síntese que cada indivíduo tem das suas próprias experiências emocionais, inter-humanas, vividas a cada instante. Está ligada à vivência afectiva que o sujeito tem com o seu corpo, que é individual e dinâmico.

Para Palhinhas, a imagem corporal não se refere apenas à aparência física, diz respeito também à integridade corporal, isto é, à percepção do corpo como intacto, completo e a funcionar na sua totalidade (Ramos & Patrão, 2005). Em suma, a imagem corporal é um factor importante na construção da identidade pessoal do indivíduo. Segundo alguns autores, ela é formada através da inter-relação da imagem que se deseja ter, da imagem representada pelos outros e da imagem que o próprio sujeito reconhece ao olhar e sentir o seu próprio corpo.

Para além de poderem apresentar diversos comportamentos devido ao desconhecido e às incertezas relacionadas com a sua situação, os pacientes que são submetidos a uma amputação sofrem outras alterações na sua vida nomeadamente no que diz respeito à sua vivência corporal, uma vez que ela compromete a sua identidade corporal (Ferreira, 2005).

Como o corpo não é apenas um corpo entre outros, é também um objecto sensível a todos os outros; perante uma mutilação como a amputação ele torna-se numa experiência de sofrimento; neste sentido torna-se de grande importância respeitar as experiências do corpo no seu percurso da vida (*ibidem*).

Através da experiência (física) do corpo, este sofre alterações de acordo com o papel social, político e cultural do indivíduo. Neste sentido, actualmente a importância que se dá ao corpo não é livre e espontânea, ela segue regras e normas “impostas” pela sociedade em que vivemos, tais como a beleza e a juventude, escondendo o corpo feio, doente, deficiente e velho (Novais, 2003). Referindo Lipovetsky, a autora acrescenta que o modelo de corpo característico da era moderna tende para o isolamento da doença e do envelhecimento, bem como para a procura constante da cura, do prazer e da juventude.

A pessoa com deficiência física: corpo/imagem corporal e sua repercussão na identidade pessoal

Todos os seres humanos são diferentes uns dos outros, no entanto perante a sociedade em que se está inserido há, geralmente, um limite na tolerância para essas diferenças. Para Mauss, isto é notório quando a deficiência física evidencia a diferença entre o inteiro e o fragmento, o perfeito e o imperfeito, levando a estigmas e valores preconceituosos e colocando o portador da deficiência física às margens da sociedade (Pedrosa, 2005).

As diferentes posições e concepções que dizem respeito ao corpo atingem e influenciam, directa ou indirectamente, as visões sobre o corpo deficiente. No senso comum, deficiente é “o que se apresenta como incomum, estranho e/ou inesperado, dentro de um grupo de indivíduos inserido em determinadas normas, concepções e valores sociais” (Silva, 2003, s/p). Neste sentido poderá dizer-se que a deficiência é a apresentação de uma pessoa com determinados traços ou características (físicas, intelectuais, comportamentais e/ou crenças) diferentes dos outros, dos padrões determinados pela sociedade, uma vez que (como já referido anteriormente) é a sociedade que determina a “normalidade”.

Por outro lado, para alguns indivíduos a doença ou a deficiência poderão ser uma forma de crescer e amadurecer. Neste sentido, é com frequência que algumas pessoas vítimas de uma doença grave ou deficiência dizem ser agora “outra pessoa”, não apenas no sentido da sua realidade externa, relacionado ao esquema corporal, mas especialmente no sentido da “realidade subjectiva, abstracta e difusa, ligada à imagem e representação que fazemos do corpo, no contexto do nosso mundo interno” (Mendes, Nero, Palma, Rosa & Duarte, 2004, p.17).

O culto do corpo perfeito cada vez mais frequente na sociedade actual é, na perspectiva de Rui Oliveira (2004), um dos factores responsáveis pelo impacto negativo da amputação, no que diz respeito à segurança pessoal e à auto-estima dos pacientes, levando à complexidade de todo o sistema relacional dos sujeitos.

Merleau-Ponty (1996) refere que a razão de recusarmos a mutilação e a deficiência está relacionada com um «Eu» empenhado num determinado mundo físico e inter-humano que pretende impor-se no mundo que o rodeia. Quando as amputações ou outras deficiências acontecem o indivíduo sente-se afastado do mundo que o rodeia para o qual o seu corpo estava moldado.

A perda de uma parte do corpo é sempre um acontecimento que pode trazer consequências marcantes não só ao nível físico, mas também a nível emocional, relacional e social, podendo ir desde a rejeição até à dificuldade em elaborar a própria diferença em relação aos outros. Muitas vezes a pessoa amputada, para além de se sentir desvalorizada socialmente, constrói valores acerca da sua deficiência que levam à diminuição da sua auto-imagem e à dificuldade em aceitar a sua deficiência física. Neste sentido, os aspectos social, psicológico e biológico formam um tripé sobre o qual se apoia a experiência vivida de cada indivíduo, seja ele deficiente ou não (Goofman, 1999).

Schilder enfatiza que o estigma que gera maiores dificuldades ao indivíduo com deficiência física acontece na vida pública, quando se relaciona com pessoas que lhe são estranhas; no caso concreto do amputado, este pode deparar-se com a sua identidade de “desviante” quando lhe é negado um emprego ou acesso a determinado cargo, área do conhecimento ou, ainda, a própria relação amorosa (Pedrosa, 2005).

Na mesma linha de pensamento, Adami, Fernandes, Frainer e Oliveira (2004), acrescentam que, mesmo quando a amputação não interfere na realização de actividades, como o trabalho, actividades recreativas e sociais, ela pode ter uma importância na auto-estima, levando a pessoa a esconder a sua “deformação”, uma vez que o seu foco de atenção está na perda da sua aparência física normal.

A imagem criada sobre o amputado geralmente não corresponde à realidade. Essa imagem pode influenciar a sua relação com as pessoas que com ele comungam o quotidiano uma vez que nem todos o conhecem pessoalmente ou suficientemente, nem têm informações acerca da sua deficiência para tratá-lo como pessoa, e não com o estereótipo da deficiência (Goffman, 1999). Neste sentido, a identidade pessoal poderá constituir-se de forma negativa uma vez que a imagem que geralmente permeia nas relações também poderá ser negativa.

No que diz respeito às relações afectivas/amorosas, estas têm muita importância para os deficientes, apresentando também por vezes muitas dificuldades uma vez que para eles a sua noção de pessoa e a sua auto-estima estão profundamente relacionadas com a possibilidade de serem aceites como parceiros nas suas relações afectivas. A sua identidade é aprendida e construída a partir de papéis conflituosos entre a sua auto-imagem e a sua imagem social (*ibidem*).

Segundo Hopwood, referido por Ramos e Patrão (2005), as cirurgias do tipo radical, constituem uma ameaça à integridade corporal e à satisfação do indivíduo com o seu próprio corpo. Segundo Dias *et al* referidas pelas mesmas autoras, as preocupações pessoais do paciente e o impacto ao nível da auto-imagem podem traduzir-se em medos e fantasias recalcados, comprometendo a relação conjugal e a própria sexualidade.

A forma como vemos o nosso corpo tem uma forte ligação com a nossa auto-estima, a qual está relacionada com a forma como o indivíduo valoriza as suas habilidades físicas, aptidões, capacidades inter-pessoais, papéis familiares e imagem corporal. Poderá haver diminuição da auto-estima se os padrões corporais “ideais” não forem atingidos, resultando em percepções erradas do tamanho, conceitos falsos da forma e sentimentos negativos sobre o próprio corpo⁷.

A relação entre a imagem corporal, os aspectos motores e o bem-estar psicossocial é de grande importância para a compreensão da complexidade do universo da imagem corporal e auxilia a compreender o desenvolvimento deste fenómeno e dos parâmetros que determinam o julgamento de si⁸.

Em síntese, quando um indivíduo é amputado sofre uma alteração brusca na sua imagem corporal, sendo necessário e importante reconstruir a sua auto-imagem. É essencial que esta reconstrução se faça de forma positiva uma vez que vai influenciar o próprio conceito corporal e também é importante para o processo de reabilitação. Se a

⁷ Imagem Corporal – Disponível (on line), no site:
http://www.sheenasplace.org/uploads/factsheets/fact_bodyimage_PORT.pdf (acedido a 4/09/2007)

⁸ *Ibidem*

reconstrução se fizer de forma negativa, o auto-conceito diminui e aumentam os valores estigmatizantes e preconceituosos que conduzem a sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima, tristeza e, por vezes, depressão.

3. AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

Amputação é uma palavra que deriva do latim: *ambi* - ao redor de/em volta de - e *putatio* - podar/retirar.

Carvalho (2003) e Barca Duran e Vázques Ibarra (1997) definem amputação como a retirada total ou parcial de uma parte do corpo, a maior parte das vezes de um membro e geralmente através de cirurgia. Adms e Okomato (referidos por Ferreira, 2005), acrescentam que essa remoção do membro ou parte dele, para além da cirurgia pode acontecer devido a trauma decorrente de um acidente ou doença como medida necessária para a manutenção da vida; referem ainda que há indivíduos que nascem sem membros ou com eles defeituosos e que necessitam de amputação.

A amputação remonta aos primórdios da civilização tendo sido descrita a primeira amputação por Hipócrates na Grécia Antiga. Na opinião do Dr. Marco Guedes⁹, a amputação foi, talvez, um dos primeiros tipos de cirurgia na história da Medicina.

Enquanto prática cirúrgica, a amputação intensificou-se e desenvolveu-se no decorrer das Grandes Guerras quando as pessoas perdiam parte dos seus membros e estes eram amputados sem anestesia, de forma cruel, na tentativa (nem sempre bem sucedida) de salvar a vida desses pacientes.

Durante muitos anos, as amputações foram consideradas cirurgias pouco nobres sendo realizadas apenas por pessoas inexperientes ou iniciantes; os médicos que praticavam a amputação viam este acto como um processo mórbido, nunca desejado e sempre evitado, uma vez que este procedimento era quase sempre mortal, o que levou os bons cirurgiões a não realizarem este tipo de cirurgia. Assim, os pacientes eram privados de boas condições cirúrgicas e processos de reabilitação (Carvalho, 2003).

Na opinião de Carvalho (2003), o indivíduo ao ser amputado tornava-se um mutilado e era considerado como inválido; o procedimento da amputação acabava com as perspectivas futuras, rotulando a pessoa como incapacitada para o resto da vida. No entanto, com as Guerras, o grande número de acidentes e o desenvolvimento de novos medicamentos que prolongam a vida de determinados pacientes, a mortalidade diminuiu e consequentemente o número de amputados aumentou consideravelmente levando a uma reformulação dos conceitos ligados à amputação.

O indivíduo que é sujeito a amputação não perde apenas uma parte do seu corpo físico, para ele há uma perda do seu “Eu” que poderá ter consequências biológicas, psicológicas, sociais e éticas na sua vida. Um estudo efectuado por Diogo e Campedelli

⁹ Entrevista com o Dr. Marco Guedes. Obtido em 6 de Agosto de 2006 do World Wide Web: http://www.drauziovarella.com.br/ponto/guedes_amputacoes.asp

(1993) refere que após uma amputação surgem alterações bio-psico-sócio-espirituais que vão interferir na vida das pessoas pois sentem-se isoladas e diferentes, com alterações a nível da auto-imagem e do auto-conceito. Uma alteração da auto-imagem corporal pode levar o indivíduo a sentimentos de inferioridade e a ansiedade, que devem ser minimizados pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, com a estimulação para o auto-cuidado.

Etiologias da amputação

Como já foi referido anteriormente, o conceito de amputação sofreu muitas alterações nos últimos anos, especialmente devido à descoberta de novas drogas, à quimioterapia e radioterapia, ao uso de fixadores externos, às câmaras hiperbáricas e a técnicas cirúrgicas, como a do revestimento cutâneo (Carvalho, 2003).

Actualmente, na opinião de Rui Oliveira (2004), existe já um grande grupo de pessoas que foram submetidas a amputação, podendo este facto traduzir-se num movimento que deve assumir uma dimensão política, social e económica considerável.

Alguns estudos referem que nos Estados Unidos da América são realizadas anualmente 110.000 amputações, sendo 91, 7% aos membros inferiores (Maxwell-Thompson & Yuan, 2003). Outros estudos epidemiológicos referidos por Rui Oliveira (2004) apontam para a existência de 160.000 amputados por ano nos EUA, na sua maioria amputações realizadas ao membro inferior, e que a prevalência das amputações do membro inferior e do membro superior é de 1,7% nos países industrializados; em Portugal há referência apenas a que a amputação atinge uma frequência elevada.

Cruz (1994) classifica as causas da amputação, como sendo:

- Devidas a mal formações congénitas - normalmente resultantes de alterações músculo-esqueléticas à nascença, sem correcção possível;
- Adquiridas - resultantes da perda de um ou mais membros ou parte deles, em consequência de um traumatismo ou de cirurgias, devido a patologias adquiridas.

Dentro destas, as amputações podem ser devidas a:

- Traumatismos – decorrem na sequência de acidentes de trabalho, de viação e domésticos, de práticas desportivas, de guerras e atentados terroristas;
- Neoplasias – apesar do avanço na quimioterapia e radioterapia a amputação nestes casos é necessária devido a tumores malignos ou para impedir a sua metastização, para alívio da dor e salvar a vida do paciente;
- Infecções – embora a amputação de causa infecciosa seja hoje rara, ela surge como último recurso para impedir uma infecção sistémica (septicemia); também pode ocorrer em casos de gangrena gasosa, osteomielite ou em doentes

imunodeprimidos em que a infecção leva a necrose tecidular. As infecções também podem decorrer de traumatismos ou processos vasculares;

- Doenças vasculares – atingem maioritariamente indivíduos numa faixa etária mais avançada, uma vez que estão mais susceptíveis a doenças degenerativas como a arteriosclerose.

Carvalho (2003) faz referência a mais duas etiologias da amputação:

- Iatrogénica¹⁰ - está associada a complicações adquiridas durante o percurso do tratamento;
- Neuropatia periférica¹¹ - existem determinadas doenças que podem levar à neuropatia periférica; muitas vezes estas doenças decorrem de hábitos de vida não saudáveis (tais como a obesidade e o sedentarismo) e a Diabetes *Mellitus* considerada actualmente um problema mundial de saúde muito preocupante uma vez que tem um elevado grau de morbilidade e mortalidade.

Gibson (2001) acrescenta que as duas maiores causas de amputação do membro inferior são as doenças arteriais oclusivas crónicas e a infecção secundária, a úlcera do pé diabético.

A diabetes é a doença que leva mais de 50% da totalidade dos casos à doença vascular periférica grave (Maxwell-Thompson & Yuan, 2003); nos pacientes com Diabetes *Mellitus* a taxa de amputação é 15 vezes maior comparativamente com outros indivíduos, devido aos factores de risco coexistentes, tais como a neuropatia diabética e a doença vascular dos pequenos e grandes vasos.

Níveis de amputação do membro inferior

A indicação para amputação pode ser de carácter electivo ou de urgência. As amputações electivas estão indicadas em indivíduos com processos mórbidos ou portadores de sequelas e tem como principal objectivo melhorar a condição de vida do paciente; as amputações de urgência são realizadas em situações graves, tais como grandes traumatismos, neoplasias num estado avançado ou sépsis, e que podem por em risco a vida do paciente (Carvalho, 2003).

A escolha do nível da amputação tem como objectivo a remoção de todo o tecido infectado ou isquémico, de modo a favorecer a cicatrização preservando o mais possível do membro de modo a maximizar a sua funcionalidade no pós-operatório (Gibson, 2001; Maxwell-Thompson & Yuan, 2003).

¹⁰ <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocId=3903&ReturnCatID=1797>

¹¹ *Ididem*

Cruz (1994) refere que cada amputação é um caso diferente e a selecção do nível depende de vários factores: diagnóstico (tipo de tumores, sua localização e extensão), a idade do paciente e a sua capacidade para deambular com prótese.

Existem classificações mais detalhadas do nível de amputação do membro inferior podendo de um modo muito geral serem classificadas como «abaixo do joelho» e «acima do joelho». Gibson (2001), Maxwell-Thompson e Yuan (2003) especificam mais esta classificação ao referirem que os níveis de amputação do membro inferior mais comuns são:

- Desarticulação da anca;
- Acima do joelho ou transfemural;
- Desarticulação do joelho;
- Abaixo do joelho ou transtibial;
- Amputação do pé ou desarticulação do tornozelo (Syme);
- Transmetatársica (Lisfranc).

Na década de 1960, a maior parte das amputações eram feitas acima do joelho devido a haver maior possibilidade de uma boa cicatrização da ferida operatória; no entanto, com a evolução das provas de diagnóstico, com condições de avaliação mais rigorosas da perfusão dos tecidos, as amputações abaixo do joelho começaram a ser realizadas mais frequentemente e com mais êxito (Maxwell-Thompson & Yuan, 2003); este nível da amputação tem como vantagem a preservação da articulação do joelho, permitindo deste modo uma maior liberdade de movimentos, e o aumento do sucesso da aplicação de prótese no pós-operatório.

Reacções face à amputação: sentimentos de perda... o processo de reabilitação

Para Rui Oliveira (2004), uma pessoa com uma incapacidade física adquirida depara-se com uma nova situação que limitará o desempenho das suas obrigações profissionais, familiares e sociais que até então eram bem sucedidas.

Um acontecimento, como uma doença ou como a amputação de um membro, pode causar um grande sofrimento no indivíduo. Este fenómeno, na opinião de Oliveira (2000), resulta de conflitos psíquicos que envolvem várias dimensões, tais como a percepção do *self*, a auto-estima, a percepção dos processos relacionais e a capacidade de lidar com as perdas, sejam elas físicas, funcionais ou outras. Para Langer, referida pelo mesmo autor, o sofrimento sentido não diz apenas respeito à dor física, ele pode surgir devido à violação da integridade da pessoa como um todo e não

apenas relacionado com a mutilação do corpo ou às funções por ele usualmente desempenhadas.

Ao considerar a incapacidade física uma condição que parece colocar grandes exigências na mente humana, Rui Oliveira (2004) refere que são necessários mecanismos de defesa, tais como a negação, o recalcamento, a projecção, a formação reactiva e a regressão, para fazer face à nova situação de vida. A baixa de auto-estima, os distúrbios emocionais e a perda da identidade também poderão desenvolver-se.

É também comum o sentimento de ser “diferente”, podendo o indivíduo amputado apresentar sentimentos de pena, inveja e vergonha; no entanto, também pode surgir um sentimento de orgulho por ser único (*ibidem*).

Quando a pessoa amputada é confrontada com a realidade da sua imagem, através da realização de diversas tarefas, e esta confrontação não é positiva, poderá desencadear-se uma angústia generalizada e surgirem mecanismos de defesa, tais como a negação da realidade (Oliveira, 2000). Nestas situações o indivíduo apresenta um distanciamento emocional do sofrimento causado pela perda, actuando e falando como se fosse uma banalidade. O autor salvaguarda que neste caso de negação da realidade não significa que haja negação da perda, mas sim dos vários efeitos negativos daí resultantes.

A pessoa amputada passa por diversas fases e sentimentos, desde a negação à depressão. As vivências da amputação têm um significado de grande perda para o indivíduo, gerando algumas preocupações relativas ao desempenho das actividades de vida diária afectando também o auto-cuidado (Chini & Boemer, 2002). Na opinião de Augusto (2004), a dignidade da pessoa é ferida quando diz respeito à perda de autonomia, ou seja, quando outro tem de realizar as suas actividades que anteriormente ela própria fazia, o que se prolonga muitas vezes para além do episódio de doença.

Para Marques *et al.* (1991) a perda de um membro é uma situação que provoca grande tensão emocional, com grande impacto na vida das pessoas, originando uma série de respostas psicológicas complexas, podendo conduzir, ou não, a um ajuste adequado a essa perda. Analisando as respostas psicológicas segundo o modelo proposto por Horowitz e considerando a amputação como um acontecimento stressante, os mesmos autores afirmam que, após ser comunicada a necessidade de amputar um membro, o doente passa por diversos estados:

- I. Choque – correspondente a uma reacção patológica de pânico, paralisia e/ou exaustão;

II.Negação – diz respeito a comportamentos não adaptativos com isolamento social, tendência para o suicídio, consumo de substâncias e impulsividade;

III.Intrusão – estados de hipervigilância e confusão;

IV.Processamento - estados depressivos e ansiosos;

V.Resolução – incapacidade para trabalhar, amar ou ser criativo.

Na perspectiva destes autores estes estadios são considerados como um processo normal, podem oscilar de indivíduo para indivíduo e podem não seguir uma ordem rígida e constante. No caso de uma amputação pós-traumática predominará o choque, no entanto em outros indivíduos em situação idêntica esta fase poderá não existir. A forma como o paciente reage à notícia da amputação está muito relacionada com a patologia subjacente.

Nos casos em que o processo que levou à amputação foi longo, o doente pode reagir à notícia de forma diferente, consoante o tipo de patologia subjacente; por exemplo, no caso de uma insuficiência vascular com uma evolução prolongada a reacção face à amputação poderá ser de alívio, uma vez que o indivíduo poderá ver na cirurgia o fim do seu sofrimento (*ibidem*).

No período pós-operatório, os estadios detectados no pré-operatório devem ter uma atenção redobrada, uma vez que o doente pode passar por todos eles de uma forma oscilante e com uma dinâmica própria de cada indivíduo, de acordo com a sua idade, o género, as características próprias da sua personalidade e a forma como interage com o meio (Marques *et al.*, 1991). Também os processo de reabilitação e/ou tratamento poderão conduzir a avanços ou retrocessos no desenvolvimento de uma boa adaptação.

As condições psicológicas e culturais do paciente amputado são características muito importantes para o processo de reabilitação. As alterações a nível do esquema corporal e da auto-estima a que o amputado está sujeito podem originar reacções que podem ir desde a hostilidade à euforia, passando por medo, ansiedade e conflito (Cruz, 1994); Maxwell-Thompson e Yuan (2003) referem que, face à mudança da imagem corporal, poderão surgir sentimentos de perda, raiva, medo, choque e recusa.

Na opinião de Galván (s/d), o indivíduo perante a vivência da amputação sente-se deficiente deslocando-se de determinado lugar subjectivo, determinado lugar social, para outros indefinidos e indesejados. Neste contexto, a autora refere que são frequentes interrogações que expressam um profundo sentido de estranheza de si

mesmo, tais como: “eu não era assim”, “não sei o que fazer”, “não sei o que vou poder fazer”, “não sei o que vai ser da minha vida”.

Um indivíduo, perante uma amputação, situação em que a sua imagem corporal foi alterada, pode reagir e lidar com a situação de forma diferente, uma vez que o sujeito adopta mecanismos psicológicos de modo a defender-se de algo que, para si, é penoso e insuportável (Bittencourt, 2006).

A pessoa que se depara com a situação de ter uma parte do seu corpo amputada vive uma situação de luto; trata-se de uma transformação da sua identidade e que é interpretada de maneira diferente por quem a vivencia e por aqueles que se relacionam com ele levando a um descompasso na identidade (Franco, s/d).

É importante que a pessoa amputada faça a elaboração de uma nova imagem corporal, no entanto, o processo de reintegração corporal do paciente deve iniciar-se com a elaboração do luto; é necessário que a pessoa seja capaz de elaborar a perda do seu membro, bem como elaborar o luto em relação a projectos futuros anteriormente idealizados (Bittencourt, 2006). Oliveira (2000) partilha da mesma opinião ao referir que a elaboração do luto pelo amputado não deve ser apenas em relação à perda do membro, acrescentando ainda que esse luto deve ser também em relação às suas consequências funcionais, motrizes, estéticas, sociais, entre outras.

Apesar do luto ser um processo muito pessoal e depender de um conjunto de factores intrínsecos e extrínsecos, o seu desenvolvimento segue um conjunto de fases padronizadas¹²:

- Torpor – período em que ocorre o choque e a negação emocional da perda; estes comportamentos podem misturar-se ou serem vividos sequencialmente no tempo;
 - Choque emocional – fase que pode decorrer em algumas horas ou ir até cerca de uma semana e é caracterizada por sentimentos de grande comoção com explosão de intensa aflição e raiva;
 - Negação emocional da perda – nesta fase, apesar de haver a consciência racional da perda, a pessoa continua a sentir a sua presença no seu dia a dia como se ainda existisse;
- Desorganização emocional ou reconhecimento emocional da perda – surge ao fim de algum tempo sendo a fatalidade da perda aceite emocionalmente. É um período de grande sofrimento e embora saudável não deixa de ser doloroso. Nesta fase são sentidas emocionalmente a ansiedade, o medo, a tristeza, a agressividade e a culpa; ocorrem também frequentemente episódios depressivos tais como o desalento, a tristeza, a irritabilidade, a introversão, o isolamento e as alterações do apetite, do sono e da libido;

¹² As fases do luto – Obtido em 21 de Janeiro de 2008 do World Wide Web: http://www.apelo.org.pt/63000_fases.htm

- Reorganização emocional ou aceitação emocional da perda – a perda é aceite emocionalmente, a dor vai diminuindo lentamente. Ao terminar esta fase a vida psicológica retoma o seu normal.

Para que o paciente amputado tenha uma reintegração corporal positiva e produtiva, segundo Benedetto, Forgione e Alves (2002), é necessário que ele aceite a sua perda física de modo a integrar as funções de um membro mecânico - a prótese - com os seus próprios músculos de modo a conseguir um domínio dos seus movimentos. A aceitação da perda do membro também é necessária para que o paciente se possa relacionar consigo mesmo e com os outros, de uma forma mais produtiva e autêntica, consciencializando-se das suas limitações e elaborando estratégias eficazes para a sua autonomia tendo em conta os limites da sua deficiência.

Existem diversas estratégias utilizadas por pacientes amputados com o objectivo de se adaptarem à realidade e diminuírem a sua ansiedade perante a nova situação. Na opinião de Benedetto *et al.* (2002) podem haver reacções de: agressividade contra tudo e todos, passividade e fuga ao contacto com os outros, isolando-se cada vez mais. Os mesmos autores referem ainda que a melhor forma de adaptação da pessoa amputada à nova realidade é a procura de meios que satisfaçam as necessidades internas e as exigências externas, reformulando formas de adaptação coerentes com a sua condição física.

É frequente o amputado aguardar pela prótese com a ansiedade de quem aguarda a sua perna perdida, esquecendo-se muitas vezes das adaptações iniciais e possíveis dificuldades que possam surgir. Neste contexto há a considerar uma outra fase muito importante no processo de reabilitação que é a aceitação da prótese; com ela, o indivíduo poderá retomar algumas actividades que realizava antes da amputação (Benedetto *et al.*, 2002).

O membro fantasma

Para Novaes, referido por Bittencourt (2006), uma das sequelas mais enigmáticas das amputações é o fenómeno do «membro fantasma» que pode ocorrer logo após a cirurgia ou prolongar-se por mais tempo. Após a amputação, o indivíduo continua a sentir o membro mutilado, estando esta sensação geralmente associada à dor no local amputado. A dor e a sensação fantasma podem ser situações transitórias na vida dos pacientes amputados ou podem persistir durante muito tempo tornando-se um problema grave na vida da pessoa.

Segundo Mello Filho, (*in* Bittencourt, 2006), o membro fantasma é um fenómeno em que o indivíduo ainda sente a perna amputada e tem a sensação de que continua ali; esta impressão poderá levar a pessoa a esquecer a perda e cair. O membro fantasma é, na perspectiva de Shilder, representado por sensações tácteis e cinestésicas acompanhadas de imagens visuais. Riese e Sacks, referidos por Oliveira (2000), Benedetto *et al.* (2002) e Bittencourt (2006), comungam da mesma ideia ao referirem que o aparecimento da dor fantasma pode significar uma forma de o indivíduo se sentir íntegro negando assim a perda do membro.

Existem outras indicações de carácter neurológico para o aparecimento do membro fantasma que se deve à permanência das estruturas nervosas centrais deferidas pela amputação. Neste contexto, pensa-se que, apesar da retirada do membro, as aferências, mesmo cortadas, continuam a existir e a enviar informações ao sistema nervoso central quando estimuladas (Oliveira, 2000; Lima & Leão, 2004).

Teixeira *et al.* (*in* Benedetto *et al.*, 2002) referem que a sensação fantasma é uma alucinação dos indivíduos que têm dificuldade em aceitar a perda, enquanto que a dor fantasma é o sonho e o desejo de preservar a integridade corporal. Os autores acrescentam que a sensação fantasma pode também ser entendida como uma tentativa de reintegração corporal; no entanto, numa situação de dor fantasma esta tentativa não é uma situação positiva.

A dor fantasma é uma das mais “terríveis e fascinantes de todas as síndromes clínicas dolorosas e é um dos exemplos mais relevantes da dor crónica” (Lima & Leão, 2006, p. 19). Este tipo de dor é descrito como sendo ardente e esmagador, podendo surgir logo após o acto cirúrgico ou semanas, meses e mesmo anos mais tarde. Segundo os mesmos autores a dor fantasma pode manter-se por muito tempo, uma vez que ela está relacionada com a regeneração defeituosa dos nervos e que pode ser semelhante à dor sentida antes da amputação.

Benedetto *et al.* (2002) defendem que se a dor fantasma for uma tentativa do indivíduo se sentir intacto negando a amputação, esta não é uma alternativa adaptada e produtiva, uma vez que para além de ser uma percepção falsa de si mesmo poderá também pôr em causa a reabilitação global da pessoa.

O processo de aceitação da amputação e a consequente reintegração corporal implicam a integração psíquica dos aspectos sombrios da personalidade; no entanto, como já referido anteriormente, este processo é lento, exigindo a colaboração do luto do membro amputado de modo a possibilitar ao indivíduo voltar a amar-se a si próprio e

a aceitar o corpo mutilado convivendo com as suas limitações e aspectos da personalidade que até então não eram aceites pelo *ego* (*ibidem*).

A perda de uma extremidade exige por parte da pessoa amputada grandes adaptações na sua vida e a percepção da amputação deve ser compreendida pelos profissionais de saúde. Para Brito (referido em Ferreira, 2005), a reabilitação do paciente amputado deve ter em conta a qualidade de vida, com vista à melhoria da sua autodeterminação, sobretudo a nível funcional; para tal, além da protetização, deve haver uma equipa multiprofissional capacitada.

4. A ENFERMAGEM E A MULHER AMPUTADA

Neste capítulo iremos fazer uma breve abordagem da Enfermagem como disciplina e profissão referindo algumas teorias aplicáveis à prática de enfermagem. Vamos referenciar aspectos da comunicação/informação na relação de ajuda, do/a enfermeiro/a no cuidar à mulher amputada e, por último, a formação dos estudantes de enfermagem e profissionais de saúde.

A Enfermagem é uma ciência cuja essência e especificidade é cuidar o ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico; é uma ciência orientada para práticas do cuidar que abrangem o estado de saúde e de doença, tendo em conta conhecimentos fundamentados sobre aspectos pessoais, profissionais, científicos, estéticos, éticos e políticos que sustentam essas práticas.

Actualmente, a disciplina de Enfermagem é vista como área do saber, bem como uma disciplina profissional. Deste modo, a Enfermagem encontra os seus fundamentos no conhecimento e na prática de Enfermagem. Assim, o reconhecimento da Enfermagem como uma disciplina profissional passa por responsabilizar os enfermeiros para a realização de investigação específica desta disciplina relacionada com a prática (Pereira, 2005).

O objectivo da disciplina de enfermagem é expandir o conhecimento da experiência humana através da conceptualização criativa e da investigação. Este conhecimento científico é o foco central da arte de enfermagem. A disciplina de enfermagem combina o conhecimento existente em diversos estudos e teorias inseridas nos paradigmas da totalidade e da simultaneidade. Os trabalhos desenvolvidos e teorias explicam a natureza da enfermagem, cujo maior fenómeno diz respeito ao *homem, universo e saúde* (Parse, 1999).

O paradigma da totalidade está relacionado com o corpo, a mente e o espírito humano e o da simultaneidade diz respeito à perspectiva unitária do homem. A ontologia do paradigma da totalidade orienta a investigação e a prática para prevenção da doença e manutenção e promoção da saúde, de acordo com as normas sociais. Por outro lado, a perspectiva unitária tem uma visão irreduzível do homem no processo de interacção mútua contínua com o ambiente. A saúde não é um estado, mas um processo de mudança em que o ser humano escolhe o seu modo de viver de acordo com as suas prioridades e valores (Parse, 1999).

A emergência da enfermagem como ciência surge associada a processos de formalização traduzidos pela definição de conceitos que lhe são essenciais e pela

formulação de teorias que a sustentam enquanto ciência (Bishop, 1998). Neste sentido, surge o conceito de paradigma, que Parse (2000) define como uma visão do mundo, acrescida da especificação de ser uma posição filosófica dos fenómenos que dizem respeito a uma disciplina.

O estudo dos paradigmas, das concepções e dos princípios que têm guiado a profissão de enfermagem desde Florence Nightingale tornou-se essencial para a compreensão da natureza dos cuidados de enfermagem de modo a descobrir a importância do pensamento, não reconhecida até então.

O metaparadigma de enfermagem – campo de estudo próprio da disciplina de enfermagem - baseia-se em quatro conceitos principais - *cuidado, pessoa, saúde e ambiente* - e expressa o interesse particular da disciplina no conjunto dos diferentes domínios do saber (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996).

Fawcett (2000) refere que o conceito de *pessoa* diz respeito aos indivíduos, famílias, comunidade e outros grupos participantes na prestação de cuidados de enfermagem. O conceito de *ambiente* refere-se a outros significativos para a pessoa e ao meio físico que as rodeia, bem como ao ambiente onde ocorrem os cuidados de enfermagem (domicílio da pessoa, instituições clínicas) e à sociedade como um todo. Refere-se também às condições locais, regionais, nacionais, assim como a condições culturais, sociais, políticas e económicas mundiais que estão associadas à saúde da pessoa. O conceito de *saúde* é o estado de bem-estar da pessoa, quando são efectuados os cuidados de enfermagem, podendo variar de um alto nível de bem-estar até às doenças terminais. Por fim, o cuidado diz respeito às acções individuais dos enfermeiros ou em parceria com a pessoa e aos objectivos e resultados esperados dessas acções de enfermagem (Fawcett, 2000).

A saúde como um dos conceitos constitutivos do metaparadigma da enfermagem foi lida e interpretada em diferentes tonalidades no percurso do próprio desenvolvimento da enfermagem. Esse diferente entendimento reflecte-se necessariamente tanto na prática de enfermagem como na investigação.

No que diz respeito ao conceito de saúde/doença, houve uma crescente evolução ao longo dos séculos, em que a mulher teve um papel fundamental, tanto a nível familiar como da comunidade. Exemplo disso foi Florence Nightingale, hoje considerada a precursora da enfermagem moderna, que durante a guerra da Criméia demonstrou grande preocupação com o bem-estar dos soldados ingleses, fossem eles sadios, feridos ou doentes (Lobo, 2000).

Nightingale, em 1860, defendeu a sua causa reformadora da saúde e bem-estar dos cidadãos, usando a informação adquirida em Kaiserwerth. Os seus esforços reformistas surgiram devido às opções de vida da mulher, que se viviam na altura, limitando-se ao casamento, à indolência ou à servidão, bem como às condições sociais da maioria dos cidadãos ingleses – a pobreza ou a riqueza (Lobo, 2000).

Independentemente do género, os cuidados de enfermagem têm como objectivo a manutenção da saúde em todas as vertentes – física, mental e social. O enfermeiro faz uma avaliação das necessidades de ajuda da pessoa vendo-a como um todo, devendo essa avaliação ser validada com os clientes. Assim os cuidados de enfermagem já não são *efectuados para*, mas sim *efectuados com* (Kérouac *et al*, 1996). As reacções da pessoa a determinado diagnóstico, por exemplo à necessidade de amputação, são semelhantes a outras situações que se podem verificar ao longo da vida, é fundamental que o enfermeiro planeie e desenvolva um plano de actuação adequado a cada situação de saúde e adaptado às características de cada pessoa como ser único, tendo como objectivo, no caso que aqui nos ocupa, ajudar a mulher que é submetida a amputação do membro inferior.

Por outro lado, segundo o modelo biomédico, ainda presente nas sociedades ocidentais, a doença é definida em função de alterações biológicas, sendo os aspectos psicossociais irrelevantes; a atenção centra-se na doença e não no doente; os problemas da vida são desvalorizados; e a experiência subjectiva da doença também é menosprezada (Duarte, 2002). Para Kleinman, referido por Duarte (2002), o modelo biomédico, num episódio de doença, não tem em conta as perspectivas subjacentes do utente nem o significado do contexto no qual o indivíduo está inserido; apenas os processos biológicos constituem o foco principal de pesquisa, interpretação e manipulação terapêutica. Duarte (2002) refere ainda que a atitude que cada pessoa tem em relação à saúde e à doença resulta de concepções de origem individual e social que advêm de experiências passadas e da noção de bem-estar corporal.

Kérouac *et al*. (1996) partilham da mesma opinião ao referir que o conceito de saúde está relacionado com a perspectiva de cada indivíduo, é considerado um valor, bem como uma experiência, e a doença é vista como parte da experiência de saúde.

A teoria de Parse faz pressuposições sobre o homem e a saúde e, partindo delas, fazem-se deduções de princípios, conceitos e estruturas teóricas do tornar-se pessoa. A teoria de tornar-se pessoa, está ligada às crenças de Parse em relação ao ser humano, ao universo, à saúde e à enfermagem (Parse, 1999).

No que diz respeito à saúde, a mesma autora refere que esta é um compromisso pessoal em que o indivíduo é responsável da sua própria saúde, não descrito por normas sociais, mas apenas vivido pela pessoa. Parse tem uma visão da saúde como um processo de mudança no significado da vida, um poder pessoal que emerge da relação do indivíduo com os outros e com o universo (Hickman, 2000).

Parse, no que diz respeito às metas de enfermagem, defende que estas devem focar a qualidade de vida pela perspectiva da pessoa; a enfermagem é responsável por orientar os indivíduos e família na escolha de possíveis modificações do processo de saúde e afirma que a prática de enfermagem deve ser inovadora e criativa. A sua teoria orienta a prática de enfermagem com a pessoa/ família, em relação às modificações dos padrões de saúde (*ibidem*).

Apesar de alguns indivíduos apresentarem determinada doença, sentem-se íntegras, bem consigo próprias e com a vida. A explicação para estas situações é que estas pessoas avaliam o seu estado de saúde a partir de um contexto existencial, ignorando os aspectos estritamente fisiológicos ou corporais da doença, estando este contexto relacionado com o envolvimento da pessoa com a vida, a família, os amigos, a actividade profissional e todo o ambiente que a rodeia (Reis, 2005).

Justice, referido em Reis (2005) afirma que existem estudos científicos relacionados com a auto-avaliação do estado de saúde indicando que as avaliações feitas pelas pessoas sobre a sua saúde não se resumem apenas a uma avaliação somática, ou seja, baseada numa avaliação do estado do seu corpo, mas correspondem antes a uma avaliação global da qualidade de vida e bem-estar. As pessoas que avaliam a sua saúde de forma optimista baseiam-se em critérios amplos, nomeadamente em características emocionais, psicológicas e espirituais, aspectos físicos e sociais; estes indivíduos vêem a sua saúde num contexto geral do seu bem-estar e sentido da sua vida.

Os sentimentos de estar bem com a vida, de que esta tem sentido e coerência, em conjunto com a percepção de controlo sobre outros aspectos da vida, têm implicações no estado de saúde. As significações pessoais fazem parte integrante do estado de saúde, uma vez que o sentido construído pela experiência pessoal do indivíduo e que lhe é significativa, acompanhado de sentimentos de controlo pessoal, tem repercussões no seu bem-estar e no seu estado de saúde. No entanto, significações de perda em relação à sua capacidade funcional (por exemplo, num caso de amputação do membro inferior) podem levar a pessoa a ter sentimentos de tristeza, de incapacidade,

desistindo dos tratamentos, pensando que não foi capaz de lidar com estas situações de forma positiva no passado (Reis, 2005).

Na compreensão do conceito de saúde e dos diferentes factores que o influenciam tem sido fundamental o papel da investigação. Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (1999), sobre a saúde da mulher em Portugal, concluiu que o estado de saúde é influenciado por factores sociais, pela maternidade, pelo estado civil, pelo grau de instrução, pela classe social.

Actualmente, a mulher desempenha inúmeros papéis na sociedade: mãe, mulher, dona de casa, empregada, sendo-lhe exigido que desempenhe com eficiência as suas competências, não só no seio familiar mas também na sociedade. Neste contexto, um emprego satisfatório, pode ter um efeito positivo na sua saúde quer física quer mental, no entanto o acumular de tarefas a que está sujeita (mãe, esposa, trabalho doméstico, emprego, etc.) pode levar ao esforço físico e ao *stress* emocional, que constituem um risco para a sua saúde (Ministério da Saúde, 1999).

Ambos os géneros têm em comum muitos problemas de saúde necessitando do apoio de profissionais e serviços de saúde similares. Assim, é de grande importância que os profissionais de saúde tenham conhecimentos e capacidades de cuidados específicos uma vez que existem questões biológicas, psicológicas, sociais, económicas e estilos de vida que influenciam o significado que o indivíduo atribui à saúde e à doença, bem como aspectos legais e éticos. Neste sentido e no que diz respeito particularmente ao género feminino, o enfermeiro deve ter um conhecimento integral e complexo da mulher que cuida, conhecendo e compreendendo as “ameaças” a que esta está sujeita de modo a não influenciar a sua saúde e a relação com os que a rodeiam, ajudando a traçar objectivos de saúde adequados ao seu trabalho, ao seu corpo, aceitando as limitações da “perfeição social”.

O conceito de “cuidar” tem vindo a aparecer sistematicamente, nos últimos tempos, na literatura ligada à área da enfermagem. Leininger foi das primeiras autoras a propor o conceito “cuidar” como tema principal na disciplina de enfermagem, seguindo-se Benner e Wrubel, sugerindo que a prática de enfermagem fosse baseada na primazia do cuidar. Madelaine Leininger e Jean Watson foram as principais autoras da escola do cuidar; esta última, afirma que os enfermeiros criaram um ideal de cuidar que é ao mesmo tempo humanista e científico (Lopes, 1999).

Na opinião destas teóricas os cuidados de enfermagem são simultaneamente uma arte e uma ciência do cuidar, um ideal moral e um processo transpessoal visando a promoção da harmonia “corpo-alma-espírito” (*ibidem*).

Na relação de cuidar transpessoal “ocorre uma união espiritual entre duas pessoas, onde ambas são capazes de se transcenderem a si próprias, ao tempo, ao espaço e à história das suas vidas” (Watson, 2002: p.117).

Uma abordagem da ciência humana no que diz respeito ao cuidar é essencial para a prática da enfermagem. Os cuidados de saúde de qualidade em geral e a enfermagem em particular exigem actualmente um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano. Watson (2002) afirma que o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é o foco principal de intervenção da enfermagem devido às transacções dinâmicas do ser humano e essencialmente aos conhecimentos do enfermeiro, ao seu empenhamento, aos seus valores humanos e aos compromissos pessoal, social e moral.

O sistema de valores de Watson (2002) destaca a ajuda dada a todo o indivíduo na obtenção de maior conhecimento próprio, preparação para o auto-cuidado e auto-controlo, independentemente da sua situação de saúde. Neste contexto, é colocado um elevado valor no relacionamento enfermeiro/indivíduo, em que o enfermeiro é visto como participante no processo de cuidar.

No que diz respeito à arte do cuidar, a autora refere que o enfermeiro faz arte quando experimenta ou percebe os sentimentos do outro e é capaz de os detectar, de os sentir e conseqüentemente de os expressar de modo a que a outra pessoa seja capaz de os reconhecer e de libertar esses sentimentos (Watson, 2002).

Além do conceito do cuidar desenvolvido por Jean Watson, parece-nos também fazer sentido, para este estudo, lembrar o conceito de auto-cuidado.

Dorothea Orem, no contexto da disciplina de enfermagem, considera no “auto-cuidado” que o enfermeiro deve providenciar a ajuda necessária quando o indivíduo é incapaz de se auto-cuidar. Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do *défice de auto-cuidado*, sendo esta constituída por três conceitos teóricos: auto-cuidado, *défice de auto-cuidado* e sistema de enfermagem (Foster & Bennett, 2000). O auto-cuidado explica a prática de cuidados executados pelo próprio indivíduo para manter a saúde e o bem-estar; o *défice de auto-cuidado* é o núcleo da teoria geral uma vez que delimita a necessidade da presença da enfermagem; o sistema de enfermagem descreve e explica como são ajudados os indivíduos pela enfermagem (Bud *et al*, 2006).

A teoria do *défice de auto-cuidado* tem como principal requisito a presença da enfermagem quando um indivíduo é incapaz ou apresenta limitações na realização do auto-cuidado efectivo e continuado. Neste contexto, Orem identificou cinco métodos de ajuda: (1) agir ou fazer para outra pessoa, (2) guiar e orientar, (3) proporcionar apoio psicológico e físico, (4) proporcionar e manter um ambiente que apoie o

desenvolvimento pessoal e (5) ensinar (Foster & Bennett, 2000). Referenciada pelas mesmas autoras, Orem também identificou cinco áreas de actividades para a prática de enfermagem:

- Iniciar e manter um relacionamento enfermeira-paciente com o indivíduo, família ou grupo até que o paciente possa ser legitimamente liberado da enfermagem.
- Determinar como e se os pacientes podem ser ajudados através da enfermagem.
- Responder às solicitações, desejos e necessidades do paciente em relação ao contato e à assistência da enfermeira.
- Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos pacientes (e às pessoas significativas) em forma de enfermagem.
- Coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do paciente, outro atendimento de saúde necessário ou que esteja recebendo e os serviços sociais e educacionais necessários ou sendo recebidos.

(Foster & Bennett, 2000: 86,87).

Os cuidados de enfermagem a pacientes amputados visam promover o alívio da dor, da percepção alterada (dor fantasma) e a cicatrização do coto, incentivar a independência no auto-cuidado e ajudar a melhorar a auto-imagem e a superar o sentimento de perda de uma parte do corpo.

Tal como Orem, Virgínia Henderson também é uma das autoras da escola das necessidades. Henderson desenvolveu o modelo de enfermagem de actividades de vida que, para além de incluírem questões relacionadas com outros modelos teóricos, tais como holismo, comparticipação e saúde, têm a sua essência na ideia de que todos os indivíduos estão envolvidos em actividades que lhes permitem viver e crescer (Pearson & Vaughan, 1992). Este modelo centra-se na pessoa como um indivíduo ocupado em viver toda a sua vida, e que de acordo com a sua idade, circunstâncias e ambiente, transita da dependência para a independência.

Os cuidados que são prestados com base no modelo de Virginia Henderson visam a assistência à pessoa doente ou saudável na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação e que ela não consegue realizar sozinha devido à falta de força, de vontade ou de conhecimento com o objectivo de ajudar a restabelecer a independência nas suas necessidades básicas o mais rapidamente possível (Pearson & Vaughan, 1992; Lopes, 1999).

Pearson e Vaughan referem que os objectivos da enfermagem no que se refere às actividades de vida são:

1. que o indivíduo adquira, mantenha ou recupere a máxima independência nas actividades de vida ou que lhe seja proporcionado saber enfrentar a sua dependência dos outros quando as circunstâncias assim o impuserem.

2.facultar ao indivíduo realizar com independência as actividades preventivas a fim de evitar a perda de saúde.

3.aplicar estratégias de bem estar para promover a recuperação e, eventualmente, a independência.

4.administrar os tratamentos prescritos pelo médico em ordem a vencer a doença ou os seus sintomas, e levar à recuperação e eventual independência.(1992: p.60)

Ferreira (2005) refere que o enfermeiro tem um papel fundamental na reabilitação do indivíduo amputado no que concerne à reestruturação funcional, à integração na família, na comunidade e na sociedade, promovendo o máximo de independência na realização das suas actividades de vida.

Wilson-Barnett (2000) refere que existem princípios orientadores da avaliação da necessidade e da prestação de informação aplicáveis à prática de todos os cuidados de saúde. A informação, um dos elementos do processo de comunicação, pode ser um recurso vital para a mulher que é submetida a amputação do membro inferior, facto que o enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, não pode deixar de considerar.

4.1. A comunicação/informação na relação de ajuda

O enfermeiro que ajuda o doente a manter a independência no que diz respeito à satisfação das suas necessidades está a desempenhar um papel de substituto de modo a que este doente possa descrever esta relação mútua como uma relação de ajuda (Adam, 1994).

Para Watzlawick, Beavin e Jackson, referidos por Adam (1994), parece não haver dúvidas de que nem toda a relação interpessoal tem por base uma relação de ajuda; no entanto qualquer intercâmbio entre duas pessoas culmina em comunicação, sendo ela verbal ou não verbal, pois qualquer comportamento é comunicação. Neste sentido, o enfermeiro deve transmitir sempre, perante o doente, mensagens de ajuda; quer seja em situações de actividade ou de inactividade, de silêncio ou de fala, pois tudo tem valor de mensagem (Adam, 1994).

Existe sempre uma relação que se estabelece entre o doente e o enfermeiro e este deve empenhar-se para que ela seja uma relação profissional de ajuda. No entanto:

A relação em si mesma não é algo que tenha de **ser feito**. Não se trata de uma mera intervenção que urge executar. A relação **é**, existe. Tal relação, de ajuda ou não, não é suspensa no decurso de um tratamento doloroso ou durante os cuidados de conforto. Cabe à enfermeira demonstrar, por palavras e por actos, que tem atitudes que o paciente pode qualificar de ajuda. (Adam, 1994: p. 94)

São imensos os cuidados a prestar ao doente que é submetido a amputação do membro inferior. Os aspectos a considerar nestes cuidados dizem respeito aos períodos pré-operatório, pós-operatório e de alta, e variam desde os cuidados físicos à prevenção de complicações, entre outros.

Barca Durán e Vasquez Ibarra (1997) referem que na fase pré-operatória é tão importante a preparação psicológica como a física. A preparação psicológica é primordial tanto para o enfrentamento da situação, como para uma boa evolução no pós-operatório. Neste sentido, é relevante a informação de modo a proporcionar segurança e controlo do medo.

Existem muitos receios associados às intervenções cirúrgicas. Com o objectivo de evitar que os cuidados de saúde se tornem assustadores e insuportáveis é importante transmitir as informações necessárias de modo a que a mulher que irá ser amputada possa compreender e se prepare para assumir e tolerar os incómodos inerentes à situação, reduzindo assim as suas angústias (Wilson-Barnett, 2000).

Melo (2005) refere que a informação a dar a um doente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica deve ser direccionada para o doente, centrando-se no que está a acontecer (sobre o procedimento cirúrgico, como se irá sentir), informação sensorial e o que poderá fazer para lidar com a situação que está a vivenciar (estratégias de *coping*).

Está descrito que a maior parte das pessoas, quando confrontadas com a notícia da necessidade de amputar um membro, passa por uma fase de choque. Embora se recupere do choque inicial, na opinião de Kfir e Slevin (2000), os doentes ficam com uma sensação de falta de informação, de apoio e de opções, sentindo-se perdidos e inseguros, podendo estas sensações perdurar durante anos.

A informação da necessidade da amputação, na maior parte das vezes é transmitida pelo médico, no entanto, compete ao enfermeiro reforçar e fornecer informações adicionais bem como pormenores da cirurgia. Sendo o enfermeiro o elemento da equipa de saúde que mais tempo passa com os clientes, ele tem um papel importante na clarificação e validação das informações bem como na transmissão de outras informações mais gerais, tais como o funcionamento do serviço, cuidados pós-operatórios e controlo da dor (Melo, 2005).

Quando uma mulher é submetida a amputação do membro inferior, é fundamental seleccionar os conteúdos mais úteis e de maior significado para ela. São importantes as instruções sobre os exercícios pós-operatórios e o controlo da dor (já referido anteriormente), bem como explicações sobre os pensos, soros e drenos, e possíveis sensações, tais como a sensação fantasma (Wilson-Barnett, 2000; Melo, 2005).

Para Wilson-Barnett (2000), apenas em situações em que o doente é internado já em sofrimento, a intervenção cirúrgica pode ter de se realizar sem grande informação; no entanto, nestas situações deverá haver um contacto mais estreito e a informação essencial deve ser transmitida de uma forma mais amável e oportuna.

Os ensinamentos relacionados com a recuperação devem iniciar-se no hospital, na enfermaria ou no centro de saúde, após o diagnóstico ou o tratamento, mas na opinião do mesmo autor, este tipo de intervenções nem sempre são sistemáticas.

A ideia de que a informação é essencial no contexto da saúde é partilhada por muitos autores e, segundo Melo (2005), ela resulta da necessidade que o doente sente, recorrendo a estratégias de recolha da mesma e da obrigatoriedade dos profissionais de saúde em informar os doentes da sua situação clínica.

É importante fazer um planeamento da informação essencial de acordo com as necessidades específicas da mulher. O enfermeiro deve ter conhecimento e compreensão da perspectiva da pessoa sobre a intervenção cirúrgica, bem como a da sua família. Na opinião de Kfir e Slevin (2000), a informação é uma das melhores formas de ajudar os doentes a reagir à sua nova situação e ao sentimento de desconforto.

Com o objectivo de uma transmissão de informação eficaz, Wilson-Barnett sugere algumas orientações, que já revelaram ser benéficas, que devem ser utilizadas nos doentes antes de serem submetidos a intervenções cirúrgicas. São elas:

- 1 As sessões devem ser interactivas e fornecerem descrição cronológica do procedimento e da respectiva realização.
- 2 As principais dúvidas e preocupações devem ser tratadas logo no início.
- 3 Toda a informação deve ser prestada em linguagem comum.
- 4 Os doentes devem ser encorajados a fazer perguntas e a tomar nota do que quiserem.
- 5 Deve ser utilizado um relato escrito para orientar a sessão, o qual será entregue ao doente para referência futura.
- 6 É muito importante a informação relativa a experiências e sensações anteriores do doente.
- 7 São particularmente úteis os conselhos sobre a forma de lidar com a doença física se o doente estiver consciente durante o procedimento.
- 8 O doente deve ser constantemente avaliado quanto a sinais de fadiga ou de receio.
- 9 Se a informação não parecer relevante para o doente, deve ser tentada uma nova abordagem, por exemplo, exercícios ou relaxamento (2000: 52, 53).

A utilização de técnicas com o objectivo de dar oportunidade à mulher amputada de expressar como se sente, quais os seus problemas e as suas preocupações, são factores a ter em conta na interacção terapêutica enfermeiro/doente. Na perspectiva de

Gask (2000), as perícias básicas a utilizar estão relacionadas com o ouvir, o observar e o sentir, demonstrando empatia; no entanto, é importante assegurar um ambiente com privacidade de modo a facilitar que a pessoa fale dos seus sentimentos e preocupações sem receio de ser ouvida por outros.

Para Adam (1994) a própria maneira de conduzir a entrevista de modo a obter as informações necessárias depende da compreensão e da capacidade de escuta do enfermeiro.

Qualquer técnica executada pelo enfermeiro, independentemente de provocar dor ou de proporcionar conforto, deve ser realizada com competência e simpatia. Mostrar disponibilidade para ouvir, estando atento ao que a cliente diz e que seja indicativo de algum sentimento ou preocupação, faz parte do processo de interação que o enfermeiro estabelece com a mulher amputada. Expressões como: “estou farto disso tudo” ou “sinto-me muito em baixo”, são «deixas» que podem constituir pistas sobre os sentimentos do doente (Gask, 2000). Uma intervenção como: “parece estar transtornada”, junto de uma mulher que foi submetida a amputação e que se encontra a chorar pode ser suficiente para que ela fale do que está a sentir, uma vez que este tipo de frases transmite a sensação de compreensão sobre o que o outro sente e também demonstra empatia.

Observar o que os doentes fazem ou quando usam determinado tom de voz para falar sobre o que os preocupa faz parte do processo de comunicação. Gask (2000) refere também a importância de o enfermeiro reparar no que ele próprio sente quando fala com os doentes, uma vez que estes provocam alguns sentimentos e é através da sua identificação que poderá determinar-se qual o seu impacto; neste caso, na mulher amputada e sua família, ajudando assim na compreensão das características da pessoa.

A compreensão do sofrimento como experiência humana subjectiva, envolvida de significados e valores pessoais, obriga a uma postura fenomenológica e a um envolvimento existencial - “um estar-com e actuar-com o outro” (Gameiro, 1999:82), frequentemente denominada por atitude empática.

A construção de uma relação empática entre o enfermeiro e o cliente ajuda à compreensão dos problemas que a mulher amputada possa ter. A empatia é uma forma de se demonstrar que se compreende o que o outro sente e como se sente. Neste sentido, Gask (2000) refere que para demonstrar compreensão e interesse se deve: 1) olhar para o cliente e utilizar expressões como “em que posso ajudá-lo?”; 2) verbalizar

que compreende o que lhe está a acontecer - “de facto, estes últimos tempos têm sido muito difíceis para si”.

Zerbetto e Rodrigues (1997), citam Rudio, referindo que a relação de ajuda que o enfermeiro estabelece com a pessoa, no que diz respeito à orientação não directiva, visa que a atenção do problema focalize não apenas o problema, mas a pessoa em si, em vários aspectos: no seu crescimento, desenvolvimento, maturidade, melhor funcionamento e maior capacidade para enfrentar a vida.

A comunicação é um dos aspectos mais importantes do cuidar em enfermagem, sendo essencial para o estabelecimento e o desenvolvimento de uma relação com carácter terapêutico. Nos processos de assistência à mulher com amputação do membro inferior e à sua família, em que a ansiedade e o *stress* são duas características manifestamente presentes, a comunicação apresenta um carácter de centralidade (Oriá, Moraes & Victor, 2004). Neste sentido, é necessário que o processo de comunicação seja eficiente, de modo a viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com as necessidades do cliente. Este processo de interacção enfermeiro/cliente caracteriza-se por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia.

4.2. As respostas emocionais da mulher amputada e o cuidar

A perda de um membro é uma situação que exige por parte do doente ajustamentos que incluem reacções diversas, complexas e imprevisíveis e que devem ser compreendidas por toda a equipa de saúde. Nesse sentido, interessa atender às possíveis reacções de comportamento adoptadas pelo indivíduo (Falé, Coelho & Brito, 2003), uma vez que é através de um apoio individualizado que se pode ajudar o doente a superar estas alterações.

A personalidade, a idade, o género e as experiências anteriores são alguns factores que podem influenciar as reacções da pessoa à doença. As reacções observadas na mulher amputada estão muitas vezes associadas, na opinião de Falé *et al.* (2003), à alteração da imagem corporal, podendo ser mais conflituosas quando se trata de adolescentes ou adultos jovens.

São diversos os sentimentos que os doentes experimentam face à doença e à hospitalização, tais como o choque, a negação, a depressão, a vergonha, a culpa e a zanga. Estas reacções emocionais são comuns aos indivíduos que são submetidos a amputação do membro inferior, uma vez que são reacções características da resposta normal ao stress e não específicas de determinada doença ou perturbação (Corney, 2000a).

Para além do choque da notícia da amputação, o doente poderá experimentar outro tipo de reacções comuns nestas situações:

- Apatia/recusa em acreditar na necessidade da amputação.
- Cólera em que reage hostilmente contra o meio que o rodeia, incluindo a família.
- Fase de negociação em que tenta arranjar outras soluções que adiam a intervenção cirúrgica.
- Depressão quando se apercebe da real necessidade da amputação e de como isso irá alterar a sua auto-imagem e projectos de vida.
- Aceitação quando decide enfrentar a realidade e pedir ajuda, exteriorizando os seus sentimentos.

(Falé *et al.*, 2003: p.46)

Os mesmos autores esclarecem que estas reacções não são sempre lineares. Nem todos os doentes passam por estas fases, uma vez que cada ser humano é um ser único.

A doença desencadeia medos – medo da dor, da incapacidade, da morte – e ansiedade. A informação pré-operatória em doentes que vão ser submetidos a cirurgia é essencial (como já referimos anteriormente) e parece diminuir a ansiedade permitindo aos doentes expressar as suas preocupações, medos e mudanças após a cirurgia (Melo, 2005; Barca Durán & Vázquez Ibarra, 1997).

O enfermeiro, ao detectar estes sentimentos, deverá propiciar uma conversa empática sobre estas questões, ajudando assim a diminuir os receios e a ansiedade. Corney (2000a) refere que, por vezes, o facto de se identificar que o doente parece perturbado e de se dar atenção à sua tristeza é suficiente para ele falar dos seus sentimentos. A mesma autora acrescenta ainda que é importante permitir a participação do doente em todas as decisões quantas possíveis, permitindo-lhe ser activo no seu processo de reabilitação, uma vez que permite algum sentimento de controlo sobre as suas actividades de vida diária, reduzindo a sensação de falta de apoio.

Barca Durán e Vázquez Ibarra (1997) defendem, também, que na fase pré-operatória se deve permitir o progresso das fases de lamentação, bem como permitir que a mulher que vai ser submetida a amputação veja e contacte com outros amputados em diversos estádios do internamento.

O apoio emocional é por excelência de grande importância para os doentes. Este apoio passa pelo conhecimento de que existem pessoas com disponibilidade para os ajudar. Os doentes falam muitas vezes sobre o apoio emocional dado pelos enfermeiros, simplesmente porque sabem que eles mostram disponibilidade seja nas consultas ou até telefonicamente (Kfir & Slevin, 2000).

A mulher que é submetida a uma amputação do membro inferior poderá sofrer alterações a nível da auto-imagem devido a perdas funcionais, a danos físicos ou a alterações no funcionamento dos sistemas orgânicos. Nesta perspectiva, Cherny *et al.* e McIntyre referidos em Gameiro (1999) comungam da opinião de que intervenções ao nível psicológico e de correcção estética não podem passar para segundo plano, uma vez que a manutenção ou o restabelecimento de uma auto-imagem positiva é um factor fundamental no alívio do sofrimento. Estes autores acrescentam, ainda, que o alívio deste sofrimento é um processo constituído por vários momentos e com tarefas específicas e pessoais, mas que podem ser desenvolvidas com a ajuda de outrem.

Para Phaneuf (1995), a relação de ajuda é o principal instrumento de intervenção da enfermagem, onde são utilizadas capacidades de escuta, respeito, aceitação e empatia. Numa relação de ajuda, o primeiro contacto orienta-se para a observação da experiência do outro. Nesta observação, olha-se, escuta-se e toma-se conhecimento dessa experiência, recolhendo dados de modo a tomar consciência das expectativas e das necessidades da pessoa.

Na perspectiva de Phaneuf, após o primeiro contacto, o processo de ajuda deve continuar e deve passar pelas seguintes etapas:

- **“Adopção de uma atitude de cuidados pela enfermeira”**: Esta apresenta-se disponível e mostra-se interessada e sensibilizada face ao sofrimento; está presente, é persistente e dá resposta às expectativas e necessidades; assume-se como responsável e encarrega-se da pessoa.
- **“Desenvolvimento da relação de confiança”**: A pessoa sente que pode confiar na enfermeira e abre-se a essa relação, aceita-a como suporte significativo para enfrentar as experiências de sofrimento.
- **“Utilização da relação de ajuda”**: A pessoa cuja situação foi cognitivamente e intersubjectivamente compreendida sai efectivamente reforçada pelos sentimentos de estima e de solidariedade veiculados na relação e é agora capaz de ver mais claramente o seu problema e os recursos de que dispõe; “está mais em condição de evoluir, de tomar as suas decisões e de se empenhar na acção”. (1995: p.6)

O sofrimento provocado por uma situação de doença é uma questão de solidariedade humana e constitui um imperativo ético na área da saúde (Gameiro, 1999). Para Lindholm e Eriksson, referidos pelo mesmo autor, compreender e aliviar o sofrimento são elementos essenciais do cuidar e baseiam-se na convicção de que a identidade e a natureza do cuidar se encontram no alívio do sofrimento da pessoa em situação de doença ou incapacidade. Para a enfermagem, o alívio do sofrimento deve ser referência essencial de qualquer teoria, modelo ou prática de cuidados; esse deve ser o centro do alvo da sua intervenção.

Marques *et al.* (1991) referem que a principal intervenção terapêutica junto da pessoa amputada consiste em permitir que o doente possa lidar eficazmente com os problemas

inerentes à amputação, nomeadamente no que diz respeito às modificações necessárias no seu dia a dia e da sua relação com o ambiente, possibilitando um bom ajustamento a curto e longo prazo. Estas intervenções devem ter como objectivo permitir que o doente expresse os seus sentimentos com a consequente redução da tensão emocional e clarificação do problema tendo como meta uma resolução.

Na perspectiva de Marques *et al.* (1991) as intervenções terapêuticas podem ser divididas em quatro estádios: 1) facilitação da expressão das emoções – baseada numa relação de confiança e empatia, em que o profissional de saúde adopta uma atitude não criticista e encoraja o doente a exprimir e expressar as suas dificuldades e emoções, inerentes à sua situação; 2) reflexão, clarificação e reformulação – aqui o profissional tem uma função de espelho permitindo ao doente perspectivar o seu problema redefinido por alguém que não está emocionalmente envolvido; 3) compreensões – nesta fase transmitem-se explicações ao doente com o intuito de um incremento do *insight* relativo à situação; 4) resolução do problema e de problemas – mantendo a relação empática já estabelecida o enfermeiro com o doente deve procurar formas de *coping* alternativas fazendo ensaios cognitivos de cada uma delas e das suas implicações práticas, fazendo opções e definindo os passos a dar.

Na fase pós-operatória, a ajuda à mulher amputada baseia-se na recuperação da actividade normal com a ajuda de prótese, sempre que possível, de modo a se alcançar o máximo de independência. Aquando da alta, é fundamental a interligação e a parceria entre os cuidados diferenciados e os cuidados de saúde primários, de modo a vigiar, aconselhar e ensinar aspectos concretos relacionados com o novo estilo de vida ao qual terá de se adaptar. Faz parte das competências do enfermeiro providenciar os contactos necessários com vista à continuidade dos cuidados (Barca Durán & Vásquez Ibarra, 1997).

Uma mulher que é amputada também pode ter alterações a nível da sua sexualidade. Neste sentido, o enfermeiro deve ser capaz de avaliar as atitudes da mulher e do seu parceiro no que diz respeito à sua valorização, ao autoconceito e à imagem corporal (Shell & Miller, 1999). Dentro do contexto do cuidar à mulher amputada, a abordagem aos impactos da cirurgia na expressão da sexualidade passa por proporcionar à mulher/casal oportunidades para discutir sentimentos e medos acerca da aparência do coto, da prótese e da sensação fantasma e os seus efeitos na sexualidade, com o objectivo de a mulher possuir uma auto-estima mais positiva no seu relacionamento sexual.

Shell e Miller (1999) referem ser importante, antes de conversar e fazer ensinamentos no que diz respeito à sexualidade, conhecer a mulher que sofreu a amputação e o seu parceiro sexual como pessoas e perceber o seu conceito de sexualidade tendo em conta as experiências anteriores, atitudes e crenças. Os enfermeiros devem ver alternativas para uma relação sexual estereotipada e reconhecer a identidade sexual única de cada doente. Neste sentido, Spica e Schwab, citados em Shell e Miller (1999), relembram que a abordagem mais holística e positiva que o enfermeiro pode ter é dar alternativas de outras actividades de cariz sexual, tais como o toque, o carinho, um jantar à luz de velas, um banho com o companheiro e uma boa conversa sexual.

É do conhecimento geral que, no processo da existência, todo o ser humano conhece diversos estados de alma, sejam eles mais agradáveis ou menos. Sabe-se que a passagem pelas várias fases do luto é um processo normal e benéfico, podendo ser um período de crescimento e aprendizagem (Adam, 1994). Também é verdade que algumas pessoas não conseguem completar o luto tratando-se de um problema para elas. Neste contexto, o luto deve ter particular interesse para os enfermeiros enquanto agentes de independência, uma vez que pode modificar as necessidades específicas dos doentes e a sua independência, podendo também dar origem a novas necessidades específicas consoante a condição do indivíduo (*ibidem*).

Calista Roy refere o luto como um processo que pode originar comportamentos não adaptados, afectando o equilíbrio do sistema comportamental ou alterando a intervenção do enfermeiro que se baseia noutro esquema de referência. O luto da pessoa diz respeito ao trabalho profissional do enfermeiro uma vez que o mesmo pode alterar de modo significativo a sua intervenção (*ibidem*).

Uma mulher que é submetida a amputação do membro inferior apresenta necessidades específicas nos domínios da motricidade, da eliminação e da comunicação. Ela vive à sua maneira e ao seu ritmo as várias fases do trabalho de luto, de acordo com o significado que ela atribui à amputação (Adam, 1994). Perante uma situação desta natureza, é importante que o enfermeiro tenha presente o processo de luto nas suas intervenções com o objectivo de ajudar a mulher a expressar-se e a aprender. Na sua relação interpessoal, o enfermeiro, ao ter conhecimentos e noção da complexidade deste período de mágoa, deve mostrar-se mais atento, compreensivo e prestável.

Também a imagem corporal de uma mulher que é submetida a amputação do membro inferior pode alterar-se, uma vez que este problema de saúde pode afectar a imagem, bem como a independência do indivíduo.

A mulher amputada, ao sofrer alterações da sua imagem corporal, pode demonstrar preocupações no que diz respeito ao retomar as suas relações sexuais (necessidade de comunicar), de pensar que nunca mais poderá ter uma vida social (divertir-se), nem retomar a sua actividade profissional (ocupar-se, de modo a sentir-se útil) (Adam, 1994). Neste contexto, o enfermeiro que tem conhecimentos sobre as consequências provocadas pela alteração da imagem corporal, dos conceitos de negação e do medo de ser rejeitado, entre outros, poderá compreender as reacções e comportamentos do doente e procurar que ele aceite a realidade da sua nova condição, ajudando-o deste modo a ultrapassar a rejeição.

Como se pressente, a mulher com amputação dos membros inferiores, para além de sofrer uma perda física, sofre também repercussões a nível psicológico, intelectual, espiritual, familiar, sexual, profissional e social, que se podem traduzir em diversas vivências e inúmeros sentimentos. Em determinadas situações, as intervenções anteriormente referidas (dependendo dos diferentes estadios e da resposta à amputação) não são suficientes para minimizar os efeitos nefastos que a perda de um membro pode provocar num indivíduo, necessitando este, por vezes, de outro tipo de intervenções específicas, tais como a psicoterapia e a farmacologia. No entanto, pensamos que a intervenção do enfermeiro nos níveis acima citados pode ser uma estratégia fundamental de modo a que a mulher amputada compreenda a sua situação, diminuindo assim a tensão emocional à qual está sujeita.

Neste sentido, para planear e agir em enfermagem consideramos ser necessário ter um vasto conhecimento da situação de saúde da mulher: das vivências passadas; dos sentimentos; das suas percepções em relação à sua situação actual de saúde; das implicações na sua vida; dos seus desejos, das suas vontades e expectativas no que diz respeito à reabilitação. Só deste modo, tendo uma visão holística da mulher amputada, e não apenas uma visão de um corpo objecto, o enfermeiro poderá proporcionar cuidados de enfermagem com qualidade, atendendo a prioridades e necessidades.

4.3. A formação dos estudantes e enfermeiros

Os cuidados de enfermagem estão relacionados com a atenção que os enfermeiros prestam à pessoa com o objectivo de a ajudar, recorrendo às competências que fazem deles profissionais de enfermagem. Na opinião de Hesbeen (2000), é na aquisição e desenvolvimento de competências que definem os enfermeiros, que se baseia a formação. O autor acrescenta que a formação quer inicial quer contínua deve contribuir

e ter como objectivo o desenvolvimento de uma «pessoa enfermeira» cujo perfil é determinado quer por conhecimentos quer por aptidões e qualidades humanas.

A importância da informação, da comunicação e do apoio emocional são fundamentais nos cuidados de saúde. No entanto, os profissionais por vezes são apontados por negligenciarem esta área, identificando-se, frequentemente, como causa o défice de formação em técnicas de comunicação. É importante que a formação dos enfermeiros não sobreponha os aspectos técnicos e biomédicos aos cuidados de saúde numa perspectiva mais global do cliente (Corney, 2000b; Melo, 2005).

No entanto, os estudantes geralmente não aprendem as melhores técnicas de comunicação com a experiência e o seu interesse pelos doentes como pessoas vai diminuindo com o passar do tempo. De igual forma, os estudantes mais velhos têm dificuldade em falar com os doentes no que diz respeito a aspectos sociais e psicológicos e, à medida que avançam na sua formação académica, os estudantes têm uma abordagem mais centrada no modelo biomédico (*ibidem*).

Higgs (2000) afirma que a comunicação e o estabelecimento de uma boa relação com os clientes é a base de um trabalho profissional, que muitos profissionais mudam a sua forma de actuação quando se afastam da área técnica e se aproximam das questões humanas pessoais. Segundo Corney (2000b), pode não ser fácil para os estudantes falar com os doentes no que diz respeito a questões pessoais e emocionais, uma vez que podem sentir-se inseguros ao abordar o tema, ou ter receio do que possa acontecer se o fizerem. Assim, a formação torna-se fundamental para que os estudantes não ignorem as necessidades emocionais do cliente.

Referindo-se à enfermagem, Hesbeen (2000) lembra que ela não é apenas uma profissão técnica, é uma profissão de compaixão e de amor mas que cada vez mais se reduz a actos. Traduzindo as palavras de Malherbe para a área da formação em enfermagem, o autor refere que a profissão de enfermagem é uma arte de descobrir com o paciente o que é possível fazer para o ajudar a viver determinada situação. No entanto, essa arte é aprendida à cabeceira dos clientes e comunica-se de «mestre para discípulo».

Corney (2000b) comunga da opinião de que as perícias de comunicação podem ser aprendidas, no entanto, a tomada de consciência da necessidade de desenvolvimento dessas perícias deve ser anterior. Para Hesbeen (2000), as características da personalidade do enfermeiro não são inatas, elas podem ser descobertas progressivamente por cada estudante ou profissional, tomar sentido ao longo da vida e, deste modo, serem adquiridas lentamente.

O programa de formação dos enfermeiros e os modelos pedagógicos devem permitir a descoberta do *corpo-objecto* e o domínio das técnicas necessárias ao desempenho da profissão. As técnicas em si também devem ser alvo de uma profunda reflexão de modo a deixar espaço ao estudo de situações de vida que estes possam encontrar (Hesbeen, 2000).

A importância da integração da relação de ajuda na formação dos enfermeiros tem sido repetidamente reiterada por diversos autores (Lazure, Paul e Rainville); tal formação é encarada como benéfica, não só para a relação paciente-enfermeiro, como também para o desenvolvimento pessoal do próprio enfermeiro (Adam, 1994).

A aprendizagem de certas técnicas em sala de aula ou em laboratório, bem como a aprendizagem de diversas experiências clínicas são importantes na formação de futuros enfermeiros. Neste sentido, existem actualmente modelos conceptuais da disciplina de enfermagem com objectivos mais explícitos acerca do papel do serviço que o enfermeiro presta à sociedade, o que vem ratificar a importância da componente técnica dos cuidados como um meio de atingir o objectivo profissional (*ibidem*).

Na profissão de enfermagem, em que se valoriza a relação interpessoal e a comunicação, é fundamental proporcionar aos estudantes um programa que possibilite a vivência de experiências clínicas em vários meios. Neste sentido, os estágios devidamente planificados e realizados em diversos meios continuam a ser um elemento essencial na formação (*ibidem*).

O tempo de duração de um programa de formação inicial é um factor determinante, uma vez que um período mais alargado de formação pode proporcionar aos estudantes mais possibilidades de “adquirir conhecimentos, de adquirir meios criativos e inovadores de «suprimento», de se tornar hábil na identificação das necessidades específicas subtis e de aprender a estabelecer, a manter e a completar uma relação de ajuda.” (Adam, 1994: p.107)

Vendo a enfermagem como uma disciplina/profissão, Lopes (1999) entende que ela não se reduz aos seus conteúdos consensuais, mas também à forma como são entendidos em função de cada um dos paradigmas.

No que se refere ao processo de profissionalização da enfermagem, Collière refere que “todos os ofícios que têm como base o saber das suas práticas se podem profissionalizar sem prejuízo, pois têm as suas raízes.” (1990: p.46)

No que respeita aos docentes na área da enfermagem, Hesbeen refere que lhes cabe dar inteligência e vida aos programas de formação, através da sua criatividade, inovação e até mesmo audácia. Ainda falando do perfil do formador na área da

enfermagem, o mesmo autor sustenta que este deve ser detentor de conhecimentos diversos e de técnicas, mas acima de tudo deve:

ser alguém que faz despertar para a riqueza, para a maravilha do outro bem como para as «coisas da vida» contextualizando tudo isso numa perspectiva de enfermagem. Trata-se também de ser um revelador da beleza dos cuidados de enfermagem apesar da sua incontornável dimensão não espectacular e de todas as «pequenas coisas» que os caracterizam. (Hesbeen, 2000: p.131)

Sendo o curso de enfermagem teórico-prático, os estágios são o complemento do ensino teórico que não pode ser substituído pelo contacto directo com a realidade. Neste contexto, a responsabilidade da formação dos estudantes de enfermagem não depende unicamente dos docentes mas também do enfermeiro da prática. É durante o ensino clínico que os prestadores de cuidados devem mostrar aos estudantes - e estes devem descobrir - o significado de cuidar o outro através das «pequenas coisas» que fazem parte dos cuidados de enfermagem.

Para Hesbeen, a aceitação de estudantes num serviço para estagiar compromete a responsabilidade de todos os que vão contribuir para a formação dos futuros profissionais. Neste sentido, um serviço, ao receber estagiários, para além do acolhimento, supõe:

- que a equipa prestadora de cuidados esteja perfeitamente familiarizada com a saúde, com os cuidados e com os cuidados de enfermagem, numa palavra, com a lógica do cuidar. Esta clarificação pode constituir o objecto de um trabalho de pluriprofissional em formação contínua;
- decidir um momento formal para, em equipa, reflectir e discutir acerca da finalidade dos estágios e dos pontos fracos e fortes da equipa para atingir essas finalidades;
- desenvolver uma colaboração contínua com os docentes e garantir a actualização recíproca dos conhecimentos;
- identificar pessoas que sejam mais particularmente qualificadas como referentes;
- reflectir acerca da arte e do modo de ir ao encontro das expectativas dos estagiários, procurando enriquecê-los e até orientá-los ;
- prever momentos de trocas de impressões para fazer o ponto da situação com os estagiários sobre o desenrolar do estágio;
- favorecer a descoberta, por parte dos estagiários, das diferentes actividades exteriores ao serviço mas em ligação com ele;
- preparar o momento da separação através de uma avaliação global do estágio e de uma escuta atenta da expressão dos pontos fortes e fracos percebidos por ambas as partes.

(Hesbeen, 2000:138)

A supervisão, a discussão de perícias e de entrevistas e a observação directa do desempenho assumem-se como formas dinamizadoras do desenvolvimento de competências e capacidades dos estudantes (Corney, 2000b). Higgs (2000), no que diz

respeito ao profissional de saúde, refere que a avaliação do trabalho desempenhado por este não deve dizer respeito apenas à sua própria introspecção ou de um resultado esperado, mas sim a uma avaliação sistematizada construída através da prática, com supervisão e discussão de situações e não apenas como uma opção extra.

Síntese

O enfermeiro, na relação de ajuda, promove não só o seu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também fomenta, com a mulher amputada, crescimento, desenvolvimento, maturidade e maior capacidade para enfrentar o futuro.

Para a construção de uma relação de ajuda terapêutica eficaz é importante que o profissional de saúde tenha, na intervenção, confiança nas suas capacidades e atitudes, respeito e conhecimento do ser humano como pessoa única, de modo a poder assumir a responsabilidade no processo de ajuda. Neste sentido, é necessário que o enfermeiro desenvolva competências no domínio interpessoal, onde a comunicação tem um papel fundamental (Durman, 2000).

O enfermeiro como elemento da equipa de saúde que mais tempo passa com o doente, neste caso com a mulher amputada, tem um papel preponderante no seio da equipa. Ele pode ser o elo de ligação entre o doente/família e a restante equipa multidisciplinar e garantir cuidados globais e personalizados tendo em vista a satisfação das necessidades do doente/família.

A relação de ajuda, a comunicação verbal e não verbal como suporte da intervenção em enfermagem, a humanização, a empatia e o envolvimento emocional fazem parte do processo de cuidar e tornam-se essenciais na relação interpessoal. Considerando a comunicação e a relação de ajuda a base das intervenções do enfermeiro na arte do cuidar, concordamos que estes aspectos devem permear todo o ensino de formação da enfermagem e fazer parte dos programas de formação contínua.

A profissão de enfermagem tem como grande objectivo prestar cuidados de qualidade ao cliente/família atendendo às suas necessidades. Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro tenha uma visão holística da pessoa e faça uso dos conhecimentos técnicos, científicos e humanos, adquiridos durante o seu percurso académico ou profissional.

2ª PARTE

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. PROBLEMÁTICA

O presente estudo de investigação tem como finalidade conhecer as vivências da mulher com amputação do membro inferior e de que forma os enfermeiros entrevistaram perante as vivências da mulher no contexto da amputação.

Um investigador, enquanto profissional de saúde, deve desenvolver pesquisas relacionadas com ideologias, preocupações institucionais e com preocupações pessoais que lhe foram surgindo ao longo da sua prática profissional. Observando-se um aumento da realização de amputações e a crescente preocupação para prevenção das mesmas, e, dada a necessidade de garantir melhores condições de vida para a pessoa amputada, que passa a ser portadora de uma deficiência física, é importante que os enfermeiros contribuam com a produção de conhecimentos sobre o assunto, de modo a compreender o significado da amputação para a pessoa, a sua vivência desde os primeiros momentos, com o objectivo de a levar a viver melhor com a sua situação, com o habitar um novo corpo e, partindo desta compreensão, poder cuidar em plenitude.

Durante a nossa pesquisa bibliográfica pudemos constatar pouca produção e divulgação de conhecimentos produzidos por enfermeiros no que diz respeito à amputação, bem como às vivências, emoções e sentimentos dos indivíduos a que elas são sujeitos e ainda menos no que respeita à amputação do membro inferior em mulheres. Neste sentido, é necessária a realização de trabalhos empíricos que revelem as facetas da amputação, de forma a permitir uma compreensão do fenómeno.

Neste sentido, cresceu em nós uma motivação especial que direccionou o nosso estudo para o tema das vivências da mulher com amputação do membro inferior. Neste estudo tentámos pesquisar aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana no contexto daqueles que a vivenciam.

Uma investigação pode ser realizada pela situação em estudo ser considerada uma situação problemática que exige uma explicação ou simplesmente para conhecer melhor um determinado fenómeno. Quivy e Campenhoudt definem problemática como “(...) a abordagem ou a perspectiva teórica que se decide adoptar para tratar o problema colocado pela pergunta de partida. É uma maneira de interrogar os fenómenos estudados” (1998: p.104).

Para tentar explicitar a problemática do estudo que pretendemos efectuar, formulámos a nossa pergunta de partida, uma vez que irá servir de fio condutor para toda a pesquisa.

Assim, definimos como perguntas de partida:

- Quais as vivências das mulheres, em idade adulta, com amputação do membro inferior?
- De que forma os enfermeiros actuaram perante as vivências da mulher que é submetida a amputação do membro inferior?

Neste sentido, com a realização deste estudo sobre as vivências da mulher com amputação do membro inferior pretendemos compreender melhor certos fenómenos, tais como reacções, atitudes e comportamentos face à amputação, que em nosso entender poderão condicionar a visão que se tem da vida e do corpo reflectindo-se na satisfação pessoal, profissional, social e espiritual da pessoa amputada.

Pensamos que os enfermeiros têm um papel fundamental nas vivências da pessoa amputada contribuindo na forma como é vivenciada essa experiência. As reflexões e preocupações neste domínio contribuíram e foram certamente impulsionadoras para a realização deste estudo e pensamos que poderá trazer subsídios importantes na abordagem pelos enfermeiros da pessoa amputada, contribuindo deste modo para o crescimento da Enfermagem enquanto profissão.

Para a realização desta investigação traçámos como objectivos:

- ✓Conhecer as vivências das mulheres, em idade adulta, que é submetida a amputação do membro inferior;
- ✓Analisar o significado pessoal desse tipo de perda corporal;
- ✓Identificar qual a actuação dos enfermeiros perante a mulher que vivencia a amputação.

Durante a elaboração deste estudo tivemos sempre presente que a investigação tem de ser reconhecida pela enfermagem como uma forma de aumentar o conhecimento científico que é fundamental para a prática, uma vez que os conhecimentos adquiridos através da investigação vão contribuir e permitir tomadas de decisão adequadas e fundamentadas para melhor cuidar.

2. METODOLOGIA

A metodologia é um dos passos fundamentais para definir etapas e estratégias que o investigador escolhe; permite reunir e analisar os dados de uma forma objectiva, sistemática e fiável.

O homem na busca incessante de conhecimento não chegou ainda a um método consensual e universal aplicável a todos os ramos do saber. O que vem ao encontro de Gil, pois este refere que “ (...) os cientistas e os filósofos da ciência preferem falar de uma diversidade de métodos, que são determinados pelo tipo de objecto a investigar, e pela classe de proposições a descobrir” (1999: p. 26).

Segundo Polit e Hungler, a metodologia “ (...) determina o plano geral do pesquisador para a obtenção de respostas a indagações de pesquisa (e) expressa as estratégias adoptadas pelo pesquisador para desenvolver informações precisas, objectivas e passivas de interpretação” (1995: p.109).

Cada indivíduo responde às situações a que é exposto de acordo com as percepções que faz dos factores externos, dos seus valores, das suas experiências, que podem manifestar-se não só num conjunto de comportamentos observáveis, mas também num conjunto de sentimentos e emoções individuais.

2.1. Paradigma e tipo de estudo

Segundo Bogdan e Biklen, paradigma “é um conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionados e que orientam o pensamento e a investigação (...) estamos a falar de um modo de entendimento do mundo, das asserções que as pessoas têm sobre o que é importante e o que é que faz o mundo funcionar” (1994: p.52). São os conceitos, asserções e proposições inerentes a um determinado paradigma que conduzem o pensamento do investigador, bem como o processo de investigação.

Teixeira, citando Kuhn, refere ainda que: “paradigmas são as realidades científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade” (2002: p.85).

Segundo a mesma autora, Kuhn desenvolveu a sua definição demonstrando que ao longo dos tempos, houve vários paradigmas, isto porque a ciência está sempre em constante mutação, surgindo daí novos factos e fenómenos que não são reconhecidos

no paradigma vigente, emergindo, então, uma anomalia na ciência normal. A mesma autora, acrescenta que:

Mediante a crise, começam as pesquisas extraordinárias ou excepcionais, todas em busca de explicação do novo facto ou fenómeno que ocorreu. Quando se conseguir novos conceitos e princípios para explicar a anomalia, emerge o novo paradigma da ciência (2002: p.86).

O paradigma holístico ou emergente enfatiza a complexidade da realidade, a subjectividade, a interacção e a abordagem holística, vendo o Homem como ser activo capaz de escolha. Este paradigma emergente utiliza uma metodologia interactiva, que segundo Santos:

(...) tende assim a ser um conhecimento não dualista, que se funda na superação das distinções (...), tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjectivo/objectivo, colectivo/ individual, a nível animal/pessoa. (1999: pp.39-40)

Em nosso entender é este paradigma que mais se adequa para orientar a nossa investigação, dado que pretendemos analisar, identificar e conhecer as vivências das mulheres com amputação do membro inferior; neste sentido, a abordagem qualitativa parece-nos ser a mais adequada para uma análise detalhada e profunda da problemática em questão.

Streubert e Carpenter defendem a utilização da investigação qualitativa, referindo que “a incapacidade de medir quantitativamente alguns fenómenos e a insatisfação com os resultados da medição de outros conduziram a um interesse crescente pelo uso de outras abordagens, a fim de estudar fenómenos humanos” (2002: p.1). As mesmas autoras referem ainda que os enfermeiros devem adoptar a tradição da investigação com o intuito de descrever e compreender as experiências humanas.

Preconizam, também, que “numa realidade humana como a Enfermagem é imperativo que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação (...) com o intuito de descrever e compreender as experiências humanas” (Streubert & Carpenter, 2002: p.3).

A investigação qualitativa possui cinco características, que podem não estar todas presentes num estudo:

- 1 - Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal (...)*
- 2 - A investigação qualitativa é descritiva (...)*
- 3 - Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos (...)*
- 4 - Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva (...)*
- 5 - O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.*

(Bogdan & Biklen 1994: pp.47-50)

Os pesquisadores do estudo qualitativo tendem a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos na sua totalidade, no contexto daqueles que os vivenciam.

Perante o referido anteriormente, achamos que o nosso estudo tem presente as seguintes características:

Indutivo - A indução é o processo de elaboração de generalização a partir de observações específicas;

Naturalista - (...) sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador (...);

Holístico - (...) preocupado com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades (...);

Descritivo - (...) só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores.

(Polit & Hungler, 1995: p.170)

Para Streubert e Carpenter (2002), a investigação qualitativa apela mais ao reconhecimento de padrões de um fenómeno do que à explicação de factos controlados e generalizados. Segundo as mesmas autoras, numa investigação qualitativa, os investigadores são obrigados a aceitar o *self* como parte integrante da pesquisa e a abordar os participantes de modo único e autêntico. Assim, é fundamental ter consciência das crenças e compreensões pessoais de modo a atingir plenamente o fenómeno em estudo. Deste modo, podemos dizer que o conhecimento pessoal apoia o paradigma da investigação qualitativa.

Independentemente do tipo de abordagem que se realiza, os investigadores qualitativos devem relatar os resultados dos estudos efectuados sob uma forma literária. Sendo as experiências dos participantes os achados da investigação qualitativa, é então fundamental que estas experiências sejam relatadas na perspectiva das pessoas que as vivenciaram (Streubert & Carpenter, 2002). Neste sentido, a escolha do método a utilizar na investigação qualitativa depende da questão que é colocada.

Segundo Martinez (1989), o método fenomenológico pretende estudar os fenómenos experienciados, vividos e percebidos pelo homem; este método também possibilita aos investigadores o enquadramento para descobrir como se vive a experiência.

A fenomenologia baseia-se, fundamentalmente, na noção da intencionalidade da consciência dirigida a um objecto; no entanto, temos de reconhecer que não existe objecto sem sujeito. Para Husserl, a fenomenologia é o estudo das essências, a essência da percepção, a essência da consciência; é, ainda, uma descrição directa da experiência individual tal como ela é, sem considerações sobre a génese psicológica e com explicações causais que outro possa fornecer dela (Triviños, 1994).

Reforçando a ideia de que todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, Merleau-Ponty afirma: “ (...) tudo o que sei do mundo, mesmo devido à ciência, o sei a partir da minha visão pessoal ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência nada significariam (...)” (Triviños, 1994: p. 43).

Martinez (1989) defende que as realidades naturais e peculiares só podem ser captadas através do sujeito que as vivencia e experimenta e devem ser estudadas através do método fenomenológico, estudando-se assim uma realidade cuja essência depende do modo como é vivida e percebida pelo sujeito, uma realidade interna e pessoal, única e própria de cada ser humano.

O conhecimento construído através da fenomenologia pode facilitar uma mudança nos cuidados de enfermagem, ou seja, num sentido que vá para além do orgânico e técnico, contribuindo assim para uma melhor qualidade dos cuidados prestados e inter-relação com o indivíduo a quem se presta esses cuidados (Chini & Boemer, 2002).

O presente estudo não pretende manipular variáveis ou descobrir relações de causa/efeito, mas sim compreender o fenómeno em análise de uma forma mais profunda e completa a partir do ponto de vista e da perspectiva dos próprios participantes, ou seja, compreender as vivências da mulher com amputação do membro inferior.

Neste sentido, e uma vez que os aspectos vivenciais ou de experiência vivida da doença se inserem numa metodologia qualitativa, enquadramos o nosso estudo no tipo qualitativo com características fenomenológicas.

2.2. Método de orientação para o tratamento dos dados

Existem diversos métodos de análise de dados para estudos qualitativos com características fenomenológicas, no entanto optámos por ter como “fio condutor” na nossa análise o método proposto por Cohen, Kahn e Steeves (2000).

A fenomenologia hermenêutica é um método de pesquisa baseado na filosofia fenomenológica. Esta noção da fenomenologia hermenêutica foi inicialmente apresentada por Husserl e Dilthey e posteriormente alterada por Heidegger e Gadamer (Cohen, 2000).

A fenomenologia hermenêutica para Gadamer (1989), referido por Cohen (2000), procura conhecer o entendimento que as pessoas formam do mundo em que vivem. O seu interesse não é a estrutura do fenómeno mas sim como o fenómeno é interpretado. Por outras palavras, o fenomenologista hermenêutico estuda como as pessoas

interpretam a sua vida e constrói significados sobre as experiências dessas pessoas. Neste contexto, Ricoeur refere que:

A minha experiência não pode tornar-se directamente a vossa experiência. (...) E no entanto, algo se passa de mim para vocês, algo se transfere de uma esfera da vida para outra. Este algo não é a experiência enquanto experienciada, mas a sua significação. (1976: p. 27)

Para Gadamer, é importante o que as pessoas dizem e as actividades simbólicas que desenvolvem. Neste sentido, na fenomenologia hermenêutica, a linguagem e o uso pessoal da mesma também é objecto de pesquisa (Cohen, 2000).

Na óptica de Cohen, Kahn e Steeves (2000), a análise inicia-se durante as entrevistas, quando o investigador ouve activamente e reflecte sobre o significado do que está a ser dito, podendo começar a considerar possíveis temas ou “rótulos” de atribuição a esses significados.

Uma vez que optámos por guiar o nosso estudo seguindo a perspectiva de análise de Cohen, Kahn e Steeves (2000), iremos de seguida descrever sucintamente os principais passos e etapas deste processo de análise:

- 1- “Imersão nos dados” – é efectuada uma leitura flutuante dos dados colhidos (depois de transcritas as entrevistas), várias vezes e em momentos diferentes;
- 2- “Transformação “ ou “redução dos dados” – nesta etapa é retirado o “corpus” do texto original, ou seja é “isolado” o conteúdo pertinente para o estudo criando assim, um conjunto de dados numa nova narrativa com significado para ser lido por outros leitores;
- 3- “Codificar linha a linha” a temática a analisar de modo a reduzir a possibilidade de distorcer e perder a visão do significado do todo;
- 4- “Análise temática”:
 - a. Sublinham-se frases significativas do texto transformado;
 - b. Fazem-se tentativas de atribuição de temas que são escritos na margem do texto (são feitas tentativas de atribuição de temas a todas as frases importantes);
 - c. Recortam-se os extractos das descrições e agrupam-se por semelhança de temas;
 - d. Volta-se a ler novamente (várias vezes e em momentos diferentes) no seu conjunto e isoladamente para confirmar se mantêm o mesmo sentido ao qual se atribuiu o tema.

Após o delineamento do método em que o nosso estudo se insere e os passos que pretendemos seguir na análise dos dados iremos de seguida explicitar de que forma fizemos a exploração da nossa investigação.

2.3. Selecção e caracterização das informantes

Foi realizada uma amostra intencional dos informantes. Este método de selecção dos indivíduos para participarem no estudo, para Streubert e Carpenter (2002), deve ser

baseada na sua experiência e no conhecimento específico de um determinado fenómeno de interesse (neste caso concreto será a amputação do membro inferior), com a finalidade de partilhar esse conhecimento.

Para inclusão no nosso estudo foram identificados critérios de elegibilidade, que segundo Polit e Hungler são “ (...) as características que delimitam a população de interesse. (...) cabe ao pesquisador estabelecer esses critérios antes da selecção das amostras, de modo a decidir se uma pessoa seria classificada como membro da população em questão” (1995: p.143).

Os sujeitos estudados são sete mulheres da Ilha de S. Miguel em idade adulta submetidas a amputação do membro inferior. Um outro critério de selecção é que só entraram no estudo mulheres que foram submetidas a amputações transtibiais e/ou transfemorais, por pensarmos que o tipo de experiência vivenciada é mais enriquecedora, uma vez que, na nossa perspectiva, para além de ter maior visibilidade externa tem também mais implicações na vida da pessoa amputada, em comparação com outro tipo de amputações a um nível mais baixo (tais como desarticulações de dedos ou transmetatársicas).

No seguinte quadro apresentamos algumas características das informantes:

	E-1	E-2	E-3	E-4	E-5	E-6	E-7
Idade	53 anos	52 anos	51 anos	61anos	47anos	30 anos	51 anos
Estado civil	Casada	Casada	Viúva	Viúva	Casada	Solteira	Casada
Escolaridade	4º Ano	Licenciatura	4º Ano	4º Ano	4º Ano	6º Ano	4º Ano
Profissão actual	Reformada	Exerce a mesma actividade profissional	Reformada	Reformada	Doméstica (não lhe foi concedida a reforma)	Reformada	Reformada
Tempo da amputação	2 anos	5 anos	2 anos	3 anos	6 meses	12 anos	18 meses
Nível da amputação	Transtibial	Transtibial	Transtibial	Transtibial	Transtibial	Transfemural	Transtibial
Apoio à deambulação	Prótese e canadianas	Prótese	Cadeira de rodas e andarilho	Cadeira de rodas	Cadeira de rodas e andarilho	canadianas	Prótese, canadianas e cadeira de rodas
Duração da entrevista	39 min.	37 min.	58 min.	27 min.	44 min.	39 min.	33 min.

Quadro 1 – Caracterização das informantes

2.4. Colheita dos dados

Após o delineamento do método no qual a nossa investigação se insere, torna-se pertinente deixar assente a técnica de colheita de dados, que na perspectiva de Quivy e Campenhoudt, “ (...) consiste em recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou unidades de observação incluídas na amostra” (1998: p.183).

Para podermos ter acesso aos participantes pedimos uma autorização ao Hospital do Divino Espírito Santo (anexo I) para colher os dados necessários a fim de contactar com os indivíduos que se incluísem nos nossos critérios de elegibilidade.

Após a autorização ser concedida (anexo II), as participantes foram contactadas telefonicamente com o intuito de preparar e combinar o encontro. As entrevistas foram realizadas no domicílio das informantes ou noutro local da sua preferência, permitindo deste modo que se sentissem confortáveis para se expressarem revelando mais facilmente a informação pretendida para o estudo.

Como abordagem às participantes utilizámos a entrevista semi-estruturada, utilizando como instrumentos de colheita de dados o guião da entrevista (anexo III) e um gravador áudio. A estruturação da mesma serviu para direccionar a entrevista para o tema em estudo, uma vez que, e concordando com Streubert e Carpenter (2002), o investigador deve ajudar os informantes a descreverem as experiências vividas sem liderar a conversa, nem com a intenção de a direccionar para as suas ideias ou convicções.

No primeiro contacto o investigador estabeleceu uma relação empática e de confiança. Também foi nesta primeira abordagem que se obteve o consentimento informado (anexo IV), tendo sido explicados a finalidade do estudo e os procedimentos ligados a este, e obtendo-se a autorização para gravar a entrevista em áudio.

Após a gravação das entrevistas foi realizada a transcrição (anexo V). A seguir à entrevista, a investigadora fez notas escritas detalhadas. Também após a entrevista, a investigadora ouviu imediatamente a gravação a fim de verificar se a mesma fazia sentido e se havia necessidade de realizar mais uma entrevista.

Depois da audição das descrições verbais dos informantes, fizemos uma leitura flutuante, ou seja, estabelecemos contacto com o conteúdo a analisar, retirando as ideias centrais das entrevistas, e posteriormente seleccionámos o *corpus* (anexo VI), isto é, tal como refere Bardin “ (...) o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (1995: p.96).

Atendendo aos objectivos da nossa pesquisa, bem com à pergunta de partida, optámos no nosso estudo pela análise de conteúdo que, de acordo com Berelson, referido por Bardin, “É uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática (...) do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações” (1995: p.36).

Nesta óptica, Quivy e Campenhoudt, realçam que esta técnica “ (...) oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (...), permite satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva (...)” (1998: p.227). Sobre o mesmo assunto, Bardin acrescenta que a análise do conteúdo, aquando da sua interpretação, varia entre o “rigor da objectividade” e a “profundidade da subjectividade”, sendo esta última aquela que absorve e atrai o pesquisador para aquilo que está escondido, latente, não aparente ou não dito, na mensagem transmitida pelos entrevistados.

Foi nosso objectivo identificar como as declarações ou os temas centrais emergiam e como se relacionavam uns com os outros, uma vez que pretendemos uma descrição final compreensiva e exaustiva. A análise de dados toma a forma de aglomerados, sendo esta aglomeração de ideias denominada como temas que, segundo Streubert e Carpenter (2002), são unidades estruturais de significado dos dados, ajudando o investigador a agrupar a informação e a descobrir um significado de acordo com aquilo que o investigador observou.

Após a identificação dos temas centrais, sombreámos os extractos das descrições por cores, agrupando por semelhança os temas (anexo VII).

Por fim e seguindo as linhas de orientação propostas por Cohen, Kahn e Steeves (2000), realizámos várias leituras em momentos diferentes, no seu conjunto e isoladamente, para confirmação do sentido que se tinha atribuído aos temas

2.5. Rigor metodológico

A enfermagem é uma das profissões que procura responder com grande eficácia na prestação de cuidados de saúde ao utente. Na perspectiva de Polit e Hungler (1995: p.210), num trabalho de investigação qualitativo é fundamental que os investigadores tenham em vista a qualidade das suas técnicas para a colheita de dados.

Assim, e segundo Polit e Hungler, os enfermeiros devem “ (...) aprimorar e ampliar a base científica do conhecimento que é fundamental ao exercício da enfermagem”

(1995: p.7), uma vez que o profissional de saúde carece de uma base de conhecimentos científicos de forma a poder corresponder às necessidades com que diariamente se depara no âmbito da saúde.

Nesta senda, Streubert e Carpenter referem que:

Numa realidade humana como a enfermagem é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas. O reconhecimento de que a realidade é dinâmica é a primeira etapa para estabelecer uma perspectiva verdadeiramente humanista de investigação. (2002: p.3)

Deste modo, torna-se imprescindível para os investigadores assegurarem a qualidade dos dados que irão colher.

O rigor na investigação qualitativa é demonstrado pela atenção que se dá à confirmação da informação colhida (Streubert & Carpenter, 2002). Neste sentido, o objectivo é apresentar rigorosamente as experiências dos informantes do estudo.

Em relação à transferibilidade, fizemos a descrição de toda a metodologia e dados obtidos, de modo que outro investigador possa seguir as mesmas etapas, a fim de verificar se os achados desta investigação se “encaixam” noutros contextos. O critério da segurança foi garantido através da credibilidade do investigador, que por sua vez determinou a credibilidade dos achados.

Ainda com o intuito de assegurar o rigor metodológico foi criado um diário reflexivo de modo a facilitar a redução fenomenológica. Consideramos importante separar ideias pré concebidas e crenças pessoais do investigador dos dados colhidos ao longo da investigação. Deste modo, escrever as ideias, emoções, sentimentos, ou respostas que surjam durante a colheita de dados pode ser acessório ao processo redutivo.

Para além de outros procedimentos é através do rigor metodológico que se assegura uma investigação fidedigna que é essencial para a prática de uma boa ciência. Nesta linha de pensamento, a construção da profissão de enfermagem deve ter como base a prática de uma enfermagem legal, ética e profissional. Deste modo, será pertinente abordar os procedimentos éticos aos quais uma investigação deve obedecer. Assim, seguidamente iremos fazer uma síntese dos aspectos éticos mais relevantes.

2.6. Procedimentos éticos

É de primordial importância que todo o investigador tenha em conta os aspectos éticos. Bogdan e Biklen referem que “ (...) nada pode ser mais devastador para um profissional do que ser acusado de uma prática pouco ética (...)” (1994: p. 75).

Segundo Streubert e Carpenter (2002), um investigador ao comprometer-se com um estudo deve assumir uma responsabilidade pessoal e profissional assegurando que o desenho do estudo qualitativo seja sólido do ponto de vista ético e moral.

Existem duas questões éticas que não devem ser esquecidas:

- O consentimento informado;
- A protecção dos sujeitos contra qualquer espécie de dano;

Isto visa assegurar que os participantes no estudo o façam de forma voluntária e em plena consciência dos perigos e observações que essa participação possa implicar e também que os mesmos não sejam prejudicados.

Existem três princípios éticos que a enfermagem vem seguindo baseando-se nos padrões de conduta ética em pesquisa. São eles:

-Princípio da beneficência – Defende a protecção da pessoa contra danos físicos e psicológicos. Um pesquisador ético deve estar preparado para a qualquer momento interromper a pesquisa, tão logo note que a mesma possa ser motivo de sofrimento, incapacidade ou morte. Os participantes no estudo necessitam de ter segurança, no sentido de que a sua participação ou informação nunca possa ser usada contra eles.

-Princípio de respeito à dignidade humana – Inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa. As pessoas têm o direito de serem informadas sobre os objectivos do estudo e, no caso de concordarem participar, devem sempre assinar o consentimento informado.

-Princípio da justiça – Inclui o direito que os participantes têm a um tratamento justo, bem como à privacidade.

A informação, como dever, assenta sobre os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa. Nesta perspectiva, o código deontológico do enfermeiro (2003), no artigo 84º - Dever de Informar – e no respeito pelo direito à autodeterminação, afirma que o enfermeiro tem o dever de: informar o paciente e família no que diz respeito aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito do indivíduo ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todos os pedidos de informação ou explicação efectuados pelo paciente, no que respeite aos cuidados de enfermagem; informar acerca dos recursos disponíveis aos quais a pessoa pode ter acesso, bem como a forma de os obter.

No contexto da nossa investigação, o direito à autodeterminação, tem significado no respeito pelo princípio da autonomia, como um valor, como algo que deve ser

protegido, apoiado e promovido, uma vez que está cimentado na liberdade individual, e no respeito pelas decisões que cada indivíduo toma em relação a si, enquanto ser livre e esclarecido (Código Deontológico do enfermeiro, 2003).

No presente estudo durante a transcrição das entrevistas, todos os nomes foram codificados, bem como outras situações possíveis de identificar as participantes, com o intuito de preservar a privacidade e confidencialidade dos dados

Nos estudos qualitativos o investigador deve estar sensível e consciente da possibilidade de surgirem assuntos éticos que podem não ter sido previstos. Durante a realização da nossa investigação tentámos assegurar o cumprimento de todos os aspectos éticos a ela inerente.

3ª PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Da análise das entrevistas realizadas e dos pressupostos fenomenológicos, segundo a metodologia de Cohen, Kahn e Steeves (2000), que serviram como fio condutor ao processo desta investigação, foram identificadas cinco dimensões centrais que englobam a descrição das vivências das informantes relativamente ao fenómeno da amputação do membro inferior.

Estas dimensões são: “vivenciando a notícia da amputação”, “confrontando a realidade da amputação”, “adaptando a vida à nova condição”, “relacionando-se com os outros (e o OUTRO)” e “retratando a imagem e o corpo” (Fig. 1).

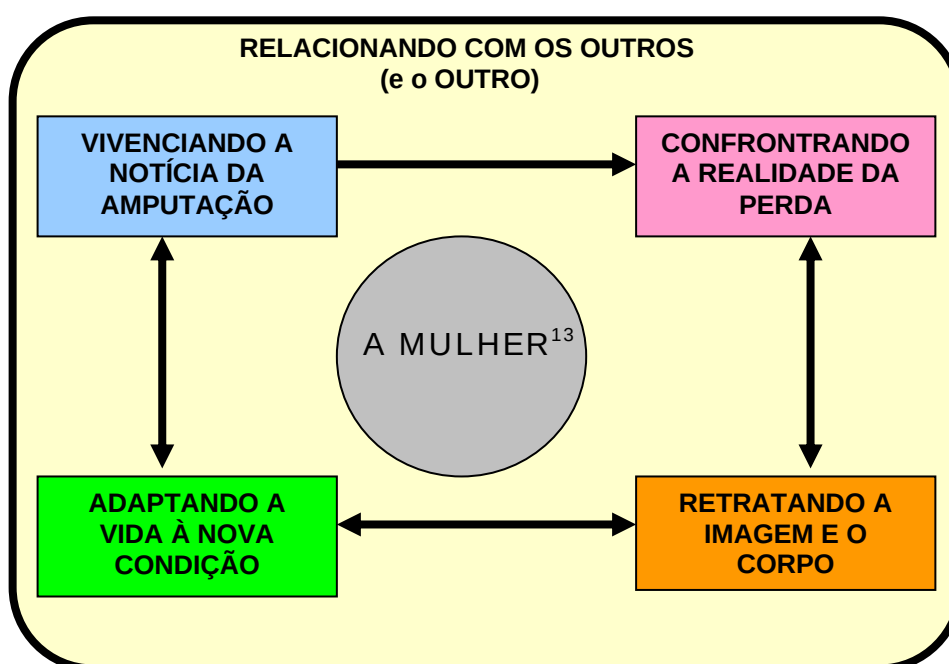


Figura 1 – Representação esquemática das vivências das mulheres do fenómeno da amputação do membro inferior.

De seguida, iremos apresentar o processo de análise dos dados e os significados do fenómeno em estudo; no capítulo seguinte, faremos a discussão dos mesmos.

Para melhor compreensão, os achados serão apresentados com a seguinte estrutura: ao iniciarmos a apresentação de cada tema faremos um esquema do mesmo com as respectivas categorias e sub-categorias a ele inerentes e assim sucessivamente.

i)VIVENCIANDO A NOTÍCIA DA AMPUTAÇÃO

Na dimensão “vivenciando a notícia da amputação” identificámos três categorias: “responsabilidade/urgência da decisão”, “reações/expressões do impacto” e

¹³ Referimo-nos à mulher submetida a amputação do membro inferior

“aceitação/rejeição”; esta última categoria foi ainda dividida em quatro sub-categorias: “a informação como recurso chave”, “antecipação do alívio dos sintomas”, “ponderar o mal menor” e “o recurso ao Divino”, como seguidamente se esquematiza (Fig. 2).

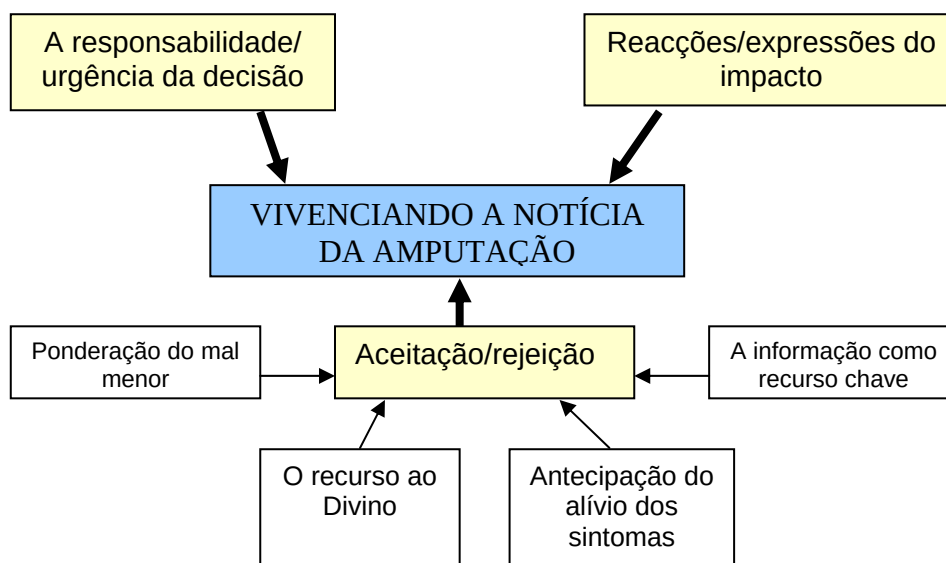


Figura 2 – Representação esquemática da dimensão “vivenciando a notícia da amputação”.

Aceitação/rejeição

▪ A informação como recurso chave

A informação é um factor facilitador na aceitação da amputação podendo também ser um factor dificultador.

A falta de informação, informação pouco explícita ou até mesmo incorrecta podem levar à rejeição da amputação.

E-1 – “A primeira pessoa que me disse (...) era o rapaz da limpeza (...) ele disse-me: «a Sr.^a não pode beber água porque amanhã vai cortar a perna» (...) “Ele [referindo-se ao médico] ia-me cortar de manhã e eu não quis, voltei para trás [do bloco operatório] e disse que as minhas pernas ninguém cortava.”

E-5 – “ (...) eu tinha assinado para cortar o pé (...) tenho sempre aquela tendência que era o pé, que me enganaram. (...) E cortaram-me foi a perna.”

Uma comunicação eficaz, transmitindo a informação correcta e atempadamente em algumas participantes do estudo facilitou a aceitação da amputação, as quais referem que deste modo tiveram tempo de tomar uma decisão mais consciente.

E-6 – “ (...) ele [o médico] disse: «olha tens três dias para pensar, porque a gente quer fazer isso quanto mais rápido melhor» (...) É importante, eles mesmo fazem para a gente pensar (...)”

▪ Antecipação do alívio dos sintomas

A aceitação da amputação, nas participantes deste estudo, também esteve relacionada com a sua observação da evolução da doença e consequentemente com a consideração da amputação como o único recurso para aliviar os sinais/sintomas da doença.

E-1 – “ (...) a perna ficou toda assim às bolas, cheia de pus, a doer...e eu deixei cortar.”

E-2 – “ (...) via o pé preto, com flictenas, eu gritava com dores, eu já pedia para me cortarem a perna porque eu já não podia viver assim (...) eram dores horríveis. ”

E- 6 – “ (...) não aguentava mais as dores, como a perna estava a ficar muito...negrinha, já não se estava a ver muito bem o pé (...) muita dor, muita febre e aquela febre era demais, era um calor que a gente não suportava.”

A aceitação como forma de alívio dos sintomas também pode estar relacionada com o conhecimento de experiências anteriores, pessoais ou de familiares que já passaram por situações semelhantes.

E-2 – “ (...) a perna continuava a não ter a temperatura da outra, estava mais branca [após já ter feito uma amputação transmetatársica] e...eu voltei a dizer: «haa...isto com certeza, esse processo está a progredir, isso com certeza vão me dizer que eu vou ter de amputar mais acima».”

E-7 – “ Eu já estava preparada, pronto...mentalmente, porque quando eu comecei a cortar a parte do meu corpo, [refere-se a uma amputação transmetatársica que já tinha feito anteriormente], comecei-me a capacitar da doença e que já tinha passado pela minha mãe (...)”

▪ Ponderação do mal menor

Após a informação da necessidade da amputação e a apresentação das possibilidades de escolha, as decisões de aceitar a amputação vão ao encontro de minimizar os efeitos da doença - muitas vezes, morrer ou amputar para viver. Nesta perspectiva, foi visível a escolha do mal menor...

E-2 – “ (...) já que foi metade [do pé] e continua a evoluir, pois que fique com o joelho ao menos (...)”

E-4 – “Já se sabe que tinha de cortar, antes cortar do que morrer.”

E-5 – “ (...) quando disseram que eu tinha de cortar para não morrer e para viver mais anos eu fiz então, para viver mais, tive que cortar (...)”

E-6 – “ (...) «não, morrer nem pensar nisso, eu só tenho duas hipóteses não tirar ou viver» (...) «eh pá se eu não tirar vou morrer», e assim o doutor está-me a dar uma hipótese de eu viver mais anos.”

A radicalização da escolha para fugir à morte funciona para as participantes como um forte mecanismo de consciencialização e de aceitação da necessidade da amputação. Não parecem surgir alternativas aceitáveis perante uma escolha tão radical.

▪ O recurso ao Divino

Em determinadas fases da vida as pessoas recorrem à sua Fé, especialmente em situações difíceis ou complicadas. Este recurso à espiritualidade é demonstrado pelas entrevistadas fazendo referência a Deus, “dirigindo-se” a Ele como Ser superior, com a esperança de que corra tudo bem, uma vez que está nas Suas mãos tal virtude.

E-1 – “*«Seja feita a vontade de Deus e não a minha» (...) Eu pedia muito a Deus, mas a minha conversa era sempre a mesma: «primeiro a vontade de Deus que a nossa».*”

E-6 – “*(...) pedia a Deus sempre, (...) era a Ele que eu me recorria sempre, tanto é que Ele me ajudou.*”

A responsabilidade/urgência da decisão

A responsabilidade de decidir se se quer ou não realizar a cirurgia é também evidenciada pelas nossas entrevistadas, aquando do momento da notícia da necessidade de amputar o membro inferior. Esta decisão, por vezes, tem de ser tomada com alguma urgência devido à situação clínica em que o cliente se encontra.

E-1 – “*(...) então eu pensei (...) e eu deixei cortar*”

E-4 – “*Eu disse sim prontamente, fui para a sala de operações, correu tudo (...) cortei a perna e tudo, cortei os dedinhos (do outro pé) e fez-se tudo.*”

E-6 – “*Tens três dias... já se sabe, que naqueles três dias eu tive de pensar (...)*”

Reacções/expressões do impacto

Independentemente da aceitação ou rejeição da amputação, a notícia da necessidade de amputar o membro foi sempre descrita como um choque.

E-3 – “*Perdi a razão de viver.*” (...) “*Sei que perdi a razão toda. Deitei a cabeça assim na almofada e nunca mais dei razão de mim senão depois de amputada.*” (...) “*Foi um choque (...) aquilo tomou-me o corpo todo, o cérebro...eu não sei, a cabeça foi como se fizesse uma explosão.*”

E-5 – “*Foi uma facada que eu levei (...)*”

Este choque manifestou-se através de diversas reacções ou expressões, muitas vezes sob a forma de interrogações relacionadas com um futuro incerto e condicionado por uma nova realidade corporal.

E-1 – “*«Ai como é que eu vou cortar o meu corpo em vida?» Um bocadinho da minha perna para o cemitério, «como é que vai ser?» (...) «Eu fiquei tola, eu não tive boca para dizer nada (...)*”

E-2 – “*(...) a primeira sensação (...) «como é que eu vou fazer a minha vida?» (...) «o que é que eu vou ser? O que vai ser de mim sem perna?»*”

Podemos constatar através das entrevistas que as participantes do estudo, não raras vezes, evocam pensamentos/expressões que trazem ao discurso a ideia da morte.

Essas ideias em torno da morte surgem com diferentes matrizes e interpretações no confronto pessoal e ambivalente face a uma nova realidade limitadora e incapacitante. Assim, a ideia da morte tanto surge associada à falta de esperança - “*Eu senti que a vida tinha acabado (...)*” (E-5) - como associada a uma ideia de rejeição do futuro com evidente perda física - “*(...) Não queria viver. Não queria existir a uma vida sem uma perna.*” (E-3)

Uma outra perspectiva relaciona-se com a antecipação da sobrecarga que a família teria decorrente desta situação.

E-2 – “*Vou dar trabalho aos meus filhos, vou dar trabalho ao meu marido antes morrer...*”

Noutros termos, a notícia da amputação foi pessoalmente sentida como um possível sinal antecipatório da própria morte.

E-7 – “*Senti que ia morrer*” (...) “*Era aquele grande sofrimento que era a morte que se estava aproximando (...)*”

ii) CONFRONTANDO A REALIDADE DA PERDA

Na dimensão “confrontando a realidade da perda” surgiram quatro categorias: “confirmação”, “aceitação/conformismo”, “sensação/dor fantasma” e o “luto”. Nesta última categoria foram identificados outros elementos que a constituem: choque emocional, negação emocional da perda e reacções depressivas, como nos mostra a seguinte figura (Fig. 3).

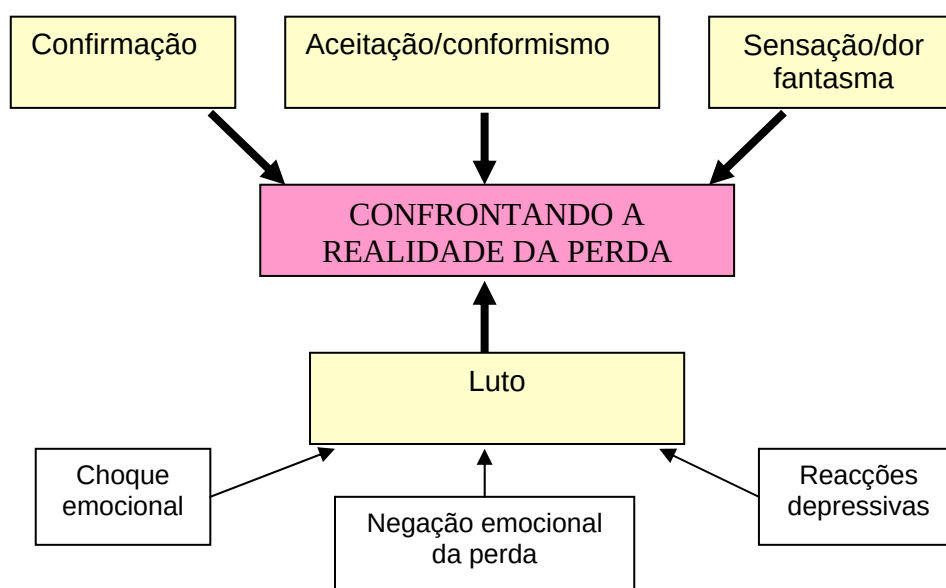


Figura 3 – Representação esquemática da dimensão “confrontando a realidade da perda”.

Confirmação

Após a cirurgia da amputação, algumas participantes descrevem como primeira reacção a necessidade de, por elas próprias, verificarem se tinham amputado o membro e qual o nível da amputação a que tinham sido sujeitas.

E-3 – “*Quando eu acordei do cheiro [anestesia] ... fui ver se eu tinha a minha perna.*”

A permanência da articulação do joelho apresentou-se como muito importante para algumas informantes, uma vez que tinham perspectivas mais optimistas no processo de reabilitação para uma possível colocação de prótese.

E-1 - “*E a primeira coisa que eu fiz foi esticar a perna para ver se eles tinham deixado o joelho (...) porque ele [referindo-se ao médico] disse-me sempre que ia cortar-me a perna acima do joelho.*”

O confronto com a realidade da amputação por si só já é um choque e motivo de sofrimento. Quando a pessoa após a cirurgia se confronta com um nível de amputação mais radical para o qual não estava informada nem preparada psicologicamente, podem surgir reacções psicológicas mais nefastas.

Nesse processo de verificação, uma das participantes ilustra de forma dramática a sua reacção ao constatar que a cirurgia foi mais radical do que a informação prévia que possuía.

E-5 – “*(...) disseram que era só o pé, vim para a cama e não tinha a minha perna (...) vi que não era o pé, faltava era a minha perna, e levantei a perna no ar e comecei aos gritos.*”

Aceitação/conformismo

A rejeição da amputação e a negação emocional da perda são fases por que a pessoa que é submetida a este tipo de mutilação pode passar. Posteriormente a estas fases, algumas participantes verbalizaram uma aceitação emocional da perda, por vezes com resignação ou conformismo. Esta aceitação esteve grandemente relacionada com a esperança de poder melhorar a sua condição de vida com perspectivas optimistas no futuro e/ou através da colocação da prótese que tanto anseiam.

E-1 – “*(...) ele [médico fisiatra] disse: «(...) a Sr.^a vai por uma prótese (...)».*” “*(...) Aí é que eu fiquei mais animada (...).*”

E-3 – “*Mas agora pronto...agora já levo a vida (...) agora vou-me adaptando, tenho aquela grande esperança que vou botar a prótese e que vou ficar boa e que vou sair desta cadeira.*”

E-5 – “*(...) eu senti sempre aquela coisa, mas foi passando e eu tive de me “amanhar” (...) agora é começar de novo. Eu tenho de começar uma vida nova com uma perna emprestada.*”

E-6 – “*Não posso voltar atrás (...) conformei-me.*” “*(...) “A vida continua para a frente, há muita coisa linda para viver (...).*”

E-7 – “ (...) depois comecei a ganhar coragem e a ficar mais calma e fui aceitando (...).”

Sensação/dor fantasma

A sensação e/ou a dor fantasma são eventos que estão frequentemente relacionados com a amputação e relatados por pessoas que vivenciam esta situação. Neste estudo, podemos constatar pelas nossas participantes a evidência deste evento que nem sempre tem uma explicação comprovada cientificamente.

E-2 – “ (...) leva muito tempo a desligar do cérebro que aquela parte já não existe...leva muito tempo e ainda hoje... eu sinto, às vezes, uns ligeiros choques no pé [refere-se ao pé do membro já amputado].”

E-3 – “ (...) quando me dá as dores fantasma (...) vem-me aquela coisa que eu sinto como a serrar a perna. Aquela dor (...)”

E-5 – “ (...) sentia e sinto ainda é o fantasma.(...) É a dor que a gente sente (...) ela vem sempre, mas não é como d’ antes, é como uma formiga. Ela vem, começa a mexer os dedinhos, eu sinto o dedo mindinho [da perna já amputada].”

E-7 – “ (...) tenho alturas que estou a sentir a minha perna (...) chamam-lhe a dor fantasma, sinto o mexer dos dedos...”

Luto

▪Choque emocional

Foi evidente nas descrições das participantes que o confronto com a realidade da perda do membro, que causa grande sofrimento a quem a vivência, é sempre um choque.

E-5 – “ (...) senti aquela grande dor (...) foi aquele choque que eu levei.”

E-7 – “ foi um grande sofrimento, sofri muito ali uma semana (...) entrei em choque.”

A raiva e a revolta foram formas evidentes da manifestação desse choque:

E-1 – “ Eu sentia raiva deles todos, tanto da família como do Dr. (...) eu fiquei revoltada.”

Noutro ponto de vista, perante o confronto da realidade da perda física, o choque foi sentido pessoalmente como uma grande dor - a dor “interior” – e até mesmo como um sentir a morte em vida.

E-1 – “ Senti-me como se fosse uma morte. A minha perna está hoje enterrada no cemitério, foi como uma morte para mim (...) sinto assim uma dor...”

E-3 – “Doía-me a alma, doía-me o coração, doía-me a mente, doía-me tudo (...) a dor da minha perna, da perda da minha perna (...) é um choque que eu não desejo a ninguém.”

▪Negação emocional da perda

Inicialmente, apesar da aceitação da perda física, algumas das mulheres deste estudo continuaram a não aceitar emocionalmente a perda do membro, sentimento que faz parte da elaboração do próprio luto.

E-3 – “ (...) eu estava tão certa de que aquilo era um sonho, que eu tinha acordado de um sonho em que tinha amputado a perna (...) vim para casa e estive... mais de um ano que não olhava para ali [para o coto].”

E-7 – “Não aceitava, os primeiros dias ali não aceitei.”

Para uma participante, esta negação emocional da perda do membro traduziu-se num sentimento de indiferença, sem qualquer significado pessoal:

E-4 – “ (...) o ter ou não ter [a perna] é a mesma coisa.”

▪Reacções depressivas

Após o reconhecimento emocional da perda, as entrevistadas não deixaram de passar por uma fase de grande sofrimento, manifestado por emoções e sentimentos muito dolorosos, tais como o choro, a tristeza, a desolação ou o isolamento:

E-1 – “ (...) lastimava muito (...) chorava...chorava! Desanimava muito. Era uma desanimação que eu tinha.”

E-2 – “ é muito difícil. Não há dia que a gente não... [silêncio, estava emocionada, com os olhos rasos de lágrimas]”.

E-3 – “ (...) mas é triste é, é muito triste (...) E hoje em dia quando falo nisso (...) cá vem aquela tristeza, aquela angústia (...) eu entrei em depressão (...)”.

E-5 – “Eu era uma pessoa que fazia as pessoas rir. E agora não [estava emocionada e chorosa]. (...) Agora fujo.”

E-6 – “ (...)eu me sentia naquela coisa deprimida (...) a precisar de estar sozinha e de pensar e de chorar sozinha.”

E-7 – “ (...) não queria falar com ninguém, não queria ver ninguém (...) queria estar sozinha (...) estava a tentar me isolar.”

iii)ADAPTANDO A VIDA À NOVA CONDIÇÃO

Nesta dimensão, emergiu a categoria “reorganização do quotidiano” que dividimos em: “actividades de vida diárias”, “vida conjugal/sexual”, “vida social” e “adaptações/reestruturações”. Emergiu também uma segunda categoria sobre “as dificuldades” sentidas, como se representa na Figura 4.

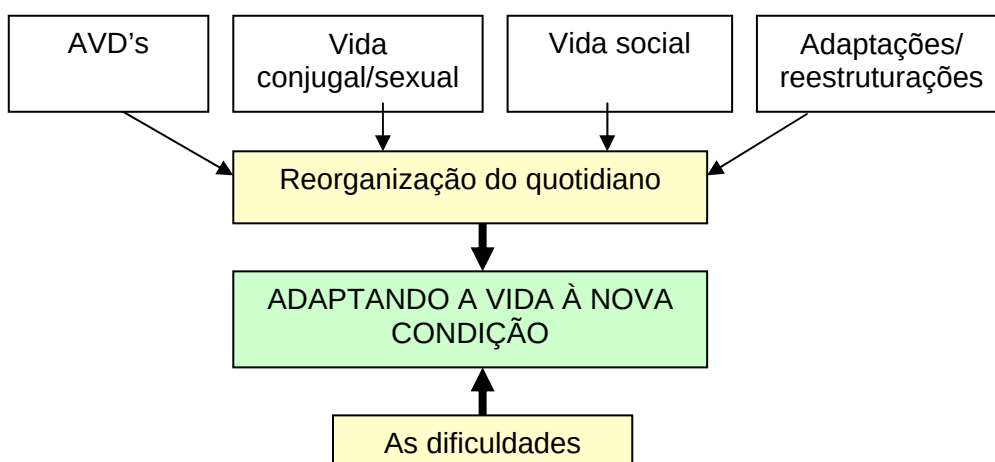


Figura 4 – Representação esquemática da dimensão “adaptando a vida à nova condição”.

Reorganização do quotidiano

A reorganização emocional ou a aceitação emocional da perda é uma fase importante do processo de luto.

▪ Actividades de vida diárias

Embora a amputação possa causar sentimentos de inutilidade/incapacidade, as participantes deste estudo, tendo em conta as suas limitações, relatam terem-se reorganizado e adaptado à nova condição de vida, esforçando-se pela contínua procura de utilidade na realização de tarefas que anteriormente faziam.

E-1 – “ (...) agora é que eu passo roupa (...) passo é sentada.”

E-2 – “ (...) a cozinhar sentava-me ao pé do fogão. Passar a roupa a ferro sempre sentada (...) tive de arranjar uma pessoa três dias por semana (...) para fazer a limpeza...”

E-3 – “Faço o almoço, faço o jantar, faço tudo sentada nesta cadeira...ou correr [passar a ferro] (...) é só tudo quanto estiver à mão.”

E-5 – “Eu varro a casa. Eu viro a carroça [cadeira de rodas] e vou começando a varrer (...) passo a ferro...estendo aqui [na bancada da cozinha] uma coisa que isto aqui é mais baixinho.”

E-6 – “ (...) faço a comida, trato do meu filho, faço tudo(...)”

E-7 – “Agora estou andando [com a prótese] já faço algo, já faço limpeza, mas não é aquela limpeza a fundo como desejaria (...) faço comida, passo a ferro (...) mas pronto, ando sempre com as muletas atrás de mim (...) com dificuldade mas consigo fazer (...)”

Ao contrário das outras participantes, houve uma entrevistada que deixou de fazer todo o tipo de actividades que anteriormente realizava, tornando-se totalmente dependente após a amputação:

E-4 – “Lavava a loiça, fazia a comida, terminava a minha vida, varria a casa, agora não faço nada.”

▪ Vida conjugal/sexual

Apesar de as entrevistadas referirem que mantêm um bom relacionamento conjugal e entendimento com o companheiro, revelam que houve alterações no que respeita à actividade sexual, relatando uma diminuição ou ausência das relações sexuais. Este facto é atribuído, por vezes, à medicação ou a razões pessoais ligadas à imagem corporal.

E-1 – “Muito pouca agora, porque eu tenho veias plásticas [refere-se ao by-pass] (...) não dá forças. Os comprimidos também tira muito.”

E-2 – “Sempre me fez sentir [o marido] que não tinha importância. Mas eu não me sinto muito bem (...) tenho uma certa vergonha (...)”

E-5 – “ (...) sexo já não. Não sinto vontade, não. Só se é dos medicamentos, só se é da insulina não sinto, não.” “ (...) é uma falta que a gente sente (...) quando estamos na cama... porque já não tem aquela coisa para a pousar.”

E-7 - *“Acabou! Imediatamente acabou [referindo-se à actividade sexual]. Terminou mesmo, não sinto aquele incentivo (...) quando chega a altura eu digo a ele [ao marido]: «não consigo».” (...) “O meu marido é muito bom para mim é meigo, pronto tem o maior amor possível, não tenho falta de amor, não tenho falta de carinho, não tenho falta de nada disso, continua a ser o mesmo.”*

Por outro lado, também houve quem referisse não ter tido qualquer alteração no seu relacionamento conjugal e sexual, o que pode estar relacionado com o facto de já se ser amputada antes de ter conhecido o companheiro.

E-6 – *“(...) sobre aquelas coisas íntimas (...) nunca tive problemas sobre isso (...) porque antes de o conhecer eu já era assim (...) sempre tivemos um relacionamento bom, normal.”*

▪ Vida social

As actividades sociais, de lazer e até mesmo de entretenimento, tais como sair, passear ou dançar, podem alterar-se devido às limitações físicas a que as pessoas amputadas ficam sujeitas. As participantes deste estudo descrevem-nos alguns aspectos da vida social que sofreram alterações, ou mesmo actividades que deixaram de realizar.

E-1 – *“(...) eu ia, chegava de repente ali ao portão, via uma vizinha (...) antes, mas agora elas vêm ter comigo (...) vou, mas só uma vez por outra, sinto-me cansada (...) muita caminhada, não posso.”*

E-2 – *“Em termos sociais (...) se é para estar em pé parada, pronto, eventos...coisas que é preciso eu estar em pé eu não consigo.”*

E-3 – *“[antes] (...) a gente ia para os bailes de Carnaval, a gente ia para aqui, para ali...aquilo mete-me uma saudade...” “ [agora] eu não posso partilhar (...) eu não posso me levantar para ir aos sítios deles [refere-se a quando há alguma festa] (...)”*

E-4 – *“Andava muito, passeava muito, ia buscar as minhas compras e tudo. Agora já não ando para lado nenhum (...) agora só aqui em casa.”*

E-5 – *“(...) eu ia às vezes para as festas com o meu marido. Saía, convivia e tudo, mas agora não (...) nunca mais.”*

E-7 – *“(...) pronto, já não vou àquelas festas que ia. Já não vou a certos sítios que é complicado, pronto não me sinto capaz de estar numa festa a conviver (...)”*

Ao contrário do que foi referido anteriormente, houve uma participante que não modificou nem alterou os seus hábitos sociais:

E-6 – *“(...) eu nado, vou para as praias, vou para discotecas, eu danço...tudo e mais alguma coisa (...) já viajei (...)”*

▪ Adaptações/reestruturações

No regresso a casa, após a alta hospitalar, houve necessidade de se efectuarem algumas mudanças, especialmente a nível da estrutura física da casa, ou adaptações para que as nossas participantes pudessem se reintegrar no seu meio com mais facilidade, minimizando as dificuldades impostas pela amputação.

Algumas dessas alterações/reestruturações estão relacionadas com actividades de vida diária em que foram efectuadas algumas adaptações para poderem desempenhar determinadas acções que anteriormente faziam.

E-1 – *“Baixaram-me a mesa [tábua de engomar] (...) o meu marido pôs um corrimão para eu pegar (...) baixaram-me os degraus das portas para eu poder andar (...) tenho um banquinho dentro da banheira para me lavar (...)”*

E-2 – *“ (...) teve de haver algumas adaptações em casa, para eu conseguir entrar (...) para o chuveiro (...) do tipo duas pegas (...)”*

Outras alterações/reestruturações realizadas são referidas em relação à estrutura física do domicílio de forma a facilitar a movimentação e a circulação com a cadeira de rodas

E-3 – *“ (...) butaram-me o quarto cá para baixo (...) tiraram uma banca (...) do corredor, tiraram aqui do hall de entrada, para virar [com a cadeira de rodas] para o quarto de cama. (...) Mudaram a máquina de lavar loiça para o quintal porque onde ela estava incomodava para eu sair com a cadeira (...) e a friza [frigorífico] butaram-na na garagem.”*

E-7 – *“Mudei completamente o meu quarto de banho. Tirei a banheira, tive que fazer o poliban. O meu quarto dormia no andar de cima, imediatamente eu fui para o andar de baixo, tenho a minha mobília metade em cima metade em baixo. (...) Para poder andar a cadeira tinha de arranjar a largueza para andar. (...) Limitei-me ao mínimo possível de móveis, para poder circular na casa. E os degraus, pronto...”*

Curiosamente, para além das adaptações e reestruturações físicas também surgiram mudanças a nível pessoal e de imagem, parecendo-nos ter isso tido grande significado na sua vida. Devido às limitações e alterações físicas presentes, devido à amputação, são visíveis alterações a nível dos hábitos do vestir, calçar e arranjar.

E-1 – *“ Eu calço agora é só sapatos, não uso chinelos.”*

E-3 – *“ [Antes] saía de saia, (...) pintava [o cabelo] de cajú (...) a minha unha acastanhada bonita... agora, nem deixo crescer as unhas (...) Fui a um casamento (...) eu mesmo não estava calçada, só tinha um chinelo porque não posso calçar um sapato...”*

E-5 – *“ agora tenho que usar sempre calças.”*

As dificuldades

São várias as dificuldades, não só a nível das suas actividades de vida diária mas também respeitantes à estrutura do seu domicílio, que uma pessoa com deficiência física, neste caso com amputação do membro inferior, pode enfrentar.

E-4 – *“ (...) na minha casa de banho a minha cadeira não entra lá (...) é muito pequenina (...)”*

E-5 – *“ (...) fui lá cima [ao 1º andar da sua casa] de joelhos (...) eu subi as escadas de joelhos e vim com o «cú» para baixo.”*

Igualmente são verbalizados como factores dificultadores, do seu dia a dia, aspectos da própria sociedade: o difícil acesso a alguns locais não preparados para receber pessoas com alterações da mobilidade, bem como os pisos não regulares que inviabilizam a deambulação de quem usa prótese.

E-1 – “ (...) eu cheguei a andar de gatinhas (...). Não posso subir escadas (...) e às vezes os elevadores estão avariados.”

E-2 – “ (...) eu só consigo andar bem [com a prótese] é num chão assim plano (...) na calçada (...) eu ando dez, quinze metros já começa a doer porque é irregular (...)”

E-3 – “ (...) há sítios que não se pode subir, não se pode descer, para mim não dá (...). Fui a um casamento (...) tive de subir as escadas da igreja de joelhos (...)”

As dificuldades também podem estar relacionadas com a falta de equilíbrio na deambulação com os meios auxiliares da marcha.

E-7 – “ (...) quero ir fazer compras não posso, porque quando saio tenho de ir com muletas, não tenho ainda equilíbrio e como a perna [prótese] está larga, não me sinto capaz de caminhar sem muletas (...) ando sempre com as muletas atrás de mim (...)”

A deambulação eficaz torna-se essencial para o desempenho de algumas actividades. Nesta perspectiva, foram também sentidas dificuldades respeitantes ao relacionamento que se desejaria ter, neste caso concreto, com o seu próprio filho.

E-6 – “ (...) correr atrás do meu filho (...) metê-lo ao colo, não posso.”

A mesma entrevistada refere ainda que reconhece por parte da população falta de atenção, pouca preocupação e compreensão em relação aos direitos das pessoas com deficiência física.

E-6 – “ (...) as pessoas (...) vou a um correio ou assim, não dão a vez (...) não é aquela compreensão.”

Por outro lado, uma das dificuldades sentidas diz respeito à falta de apoios económicos especialmente no que concerne à medicação.

E-1 – “ (...) a medicação é muito cara e não me dão nada (...) uma vez eu pedi na assistência social (...) e ela disse que não tinham dinheiro e que não podiam (...) eu tenho desconto, mas como é muita medicação é muito caro (...)”

iv) RELACIONANDO COM OS OUTROS (e com o OUTRO)

Na presente dimensão temos como categorias: “a dependência”, “recurso ao Divino”, “ao olhar dos outros”, “Eu para com os outros e Eu para comigo” e “apoio/falta de apoio”. No “apoio/falta de apoio” identificaram-se diferentes actores: “enfermeiros”, “outros profissionais”, “família/amigos” e “outros na mesma condição”.

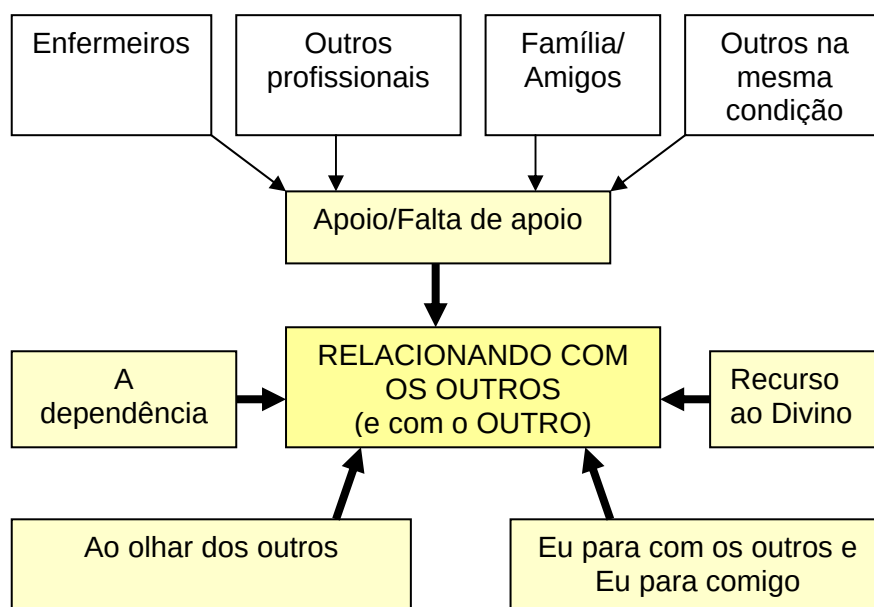


Figura 5 – Representação esquemática da dimensão “relacionando com os outros (e com o OUTRO)”.

Apoio/falta de apoio

Num momento tão significativo de uma pessoa, como no caso da amputação, o apoio é fundamental e torna-se precioso para aquele que o recebe, seja dado por parte dos enfermeiros, por outros profissionais de saúde, pela família e amigos ou até mesmo por indivíduos que já tenham vivenciado a experiência da amputação. No entanto, nem sempre o apoio que se espera e que até faz parte das competências dos profissionais de saúde é dado.

▪Enfermeiros

Nas declarações de algumas participantes deste estudo é possível perceber que sentiram que foram cuidadas pelos enfermeiros durante o internamento hospitalar, valorizando a relação que estabeleceram com os enfermeiros, enaltecendo aspectos como a presença, o toque, a escuta e o carinho:

E-3 – “ (...) todas elas [as enfermeiras] estavam sempre de roda de mim (...) de dia e de noite (...) estavam sempre, sempre presentes (...) sempre a dar-me força, reacção (...) para eu sair daquela grande pressão (...) sentavam-se à beira da minha cama e conversava (...) para mim foi um grande apoio (...) sentar e conversar para mim foi muito importante (...)”

E-4 – “ (...) as senhoras enfermeiras são muito boas (...) eles [os enfermeiros] ajudaram a pegar na mão (...) a conversar comigo e pegaram-me na cadeira e levaram-me [à maternidade a ver o neto que tinha nascido].”

E-6 – “Ajudaram-me sempre (...) eles [os enfermeiros] me apoiavam em tudo, tudo o que eu precisava (...) sempre ali a tempo e a horas (...) mesmo para ouvir.”

E-7 – “ (...) foram muito simpáticos comigo (...) impecáveis, deram-me muito apoio (...) não era tanto pela medicação, era o carinho (...) eu vinha para ao pé delas, conversava com elas (...) ajudou muito, muito, muito, muito então.”

Apesar de algumas participantes terem sentido o apoio por parte dos enfermeiros também houve quem não tivesse tido experiências muito positivas durante esta fase tão delicada da sua vida.

A falta de apoio dos enfermeiros durante a prestação de cuidados passava pela falta de empatia manifestada pelo silêncio, pela indiferença e tratamento do corpo físico:

E-1 – “*Ficavam calados, viravam as costas; nunca me responderam, nem bem nem mal. Viravam as costas! (...) eles [os enfermeiros] diziam só: «outra vez a chorar? Tem dores?» e eu dizia assim: «no coração e essas não se podem curar». Nada, não diziam nada (...)*”

E-2 – “*(...) não eram muito sensíveis (...) para os enfermeiros eu era mais uma (...) limitavam-se bastante à parte física: «está tudo bem, está a cicatrizar, tá tudo bem (...)*”

E-7 – “*Nunca, nunca me perguntaram nada (...) eu é que por mim perguntava a eles, e às vezes eles olhavam para mim e não me respondiam. Não me respondiam, nem diziam está bom nem está ruim (...) eles nunca falavam comigo, nunca. Era: entravam «bom dia!», faziam o penso, conversavam eles, entre eles (...) faziam o penso e saíam (...)*”

A falta de apoio dos enfermeiros chegou a manifestar-se quer pelo estabelecimento de uma relação pouco empática quer pela falta de delicadeza no tratamento do corpo físico.

E-7 – “*Eram um bocadinho arrogantes (...) agressivos. Pronto, não eram simpáticos (...) faziam o penso, mas era como se estivessem limpando o chão, com aquela agressividade (...) são agressivos no desinfetar uma ferida, no tratar, no cuidar (...) quando eles [os enfermeiros] começaram a vir aqui ao domicílio (...) ainda vieram com piadas, com agressões (...)*”

▪ Outros profissionais

O apoio dado por outros profissionais de saúde também foi reconhecido pelas entrevistadas, visando médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e auxiliares de acção médica.

E-2 – “*Senti mais isso [apoio e preocupação a nível psicológico] em relação aos auxiliares (...) houve um grupo que também (...) se preocupava sempre com a parte psicológica que eram, era a fisioterapia. A fisioterapia também se preocupava em dar um ânimo...*”

E-5 – “*(...) antes de eu vir para cima [de ter alta hospitalar] (...) a assistente social (...) foi lá ter comigo...*”

E-6 – “*(...) sempre com o apoio da minha médica e das assistentes sociais também (...) tive apoio sempre deles todos.*”

A falta de apoio por parte do médico fisiatra também foi sentida, sobretudo devido à falta de informação:

E-2 – “*Também pela parte da fisioterapia não senti apoio, não senti nada (...) eu saí daqui completamente desamparada (...) sem saber o que é que se devia fazer [refere-se à colocação da prótese].*”

▪ Família/ amigos

A presença do outro é importante em toda a nossa vida, no entanto podemos dizer que é mais apreciada e necessária em determinadas fases. As relações familiares e de amizade durante e após a fase da amputação constituem um apoio importante na aceitação e adaptação à nova condição de vida, através do encorajamento e apoio moral.

E-1 – “ *Tive muita visita, tive muitos colegas de outras localidades (...) até um colega de outra Ilha esperou que eu chegasse a casa para me vir ver (...) os meus tios que estão no estrangeiro telefonavam. (...) elas [os familiares] ajuntaram-se todas e iam ao hospital e vinham todos aqui a minha casa, pelo menos ao sábado e domingo à noite (...) sempre a telefonar, a perguntar...*”

E-2 – “ *(...) quando iam-me visitar [amigos e colegas] diziam sempre: « não te preocupes vai tudo ficar bem, isso hoje em dia há as próteses (...) ajudaram-me! (...) o meu marido apoiou-me sempre...*”

E-3 – “ *(...) agora tenho o apoio da família toda (...) a nível moral, de presença... estão sempre aqui, se não estão aqui eu estou lá, telefonam-me (...) ela [a filha] está sempre de roda de mim sempre, sempre (...) chega as amigas [dia em que se comemora o dia das amigas] a gente vai almoçar todas juntas (...) eles não podem fazer mais por mim.*”

E-6 – “ *Sempre me apoiaram em tudo (...) aqui em casa não tenho nada, nada, nada a dizer, isto é a melhor família do mundo.*”

▪ Outros na mesma condição

A partilha de experiências com pessoas que vivenciaram a mesma situação – a amputação do membro inferior – revelou ser um contributo benéfico ajudando na recuperação das amputadas, não só a nível físico e psicológico, bem como em relação ao futuro, no que respeita às perspectivas da nova condição de vida.

E-2 – “ *(...) ajudou-me um bocado, ajudou ao disser que, pronto, continuava a fazer a sua vida e subia a cadeira e descia a cadeira e ... «vês que eu consigo», pronto, ajuda... ajuda nós falarmos uns com os outros.*”

E-6 – “ *(...) arranjar mais alguém que tenha a mesma situação que dê força (...) ter reuniões cada um dá força a um dá força a outro é o que eu acho;*”

A dependência

A dependência de outras pessoas para a execução de actividades para as quais nunca se precisou de ajuda é outra fonte de sofrimento sentida pelas informantes, principalmente em relação à dependência nos cuidados de higiene e nas saídas do domicílio. Este sentir-se dependente dos outros é um factor gerador de grande angústia:

E-1 – “ *A minha filha (...) ela é que me lavava (...) também não vai andar atrás de mim com o carro (...) eles não têm culpa de eu ter cortado a perna aos cinquenta anos...*”

E-3 – “ *(...) se eu quero (...) fazer alguma coisa tenho de pedir aos meus filhos para ir dar essa volta comigo e que me ajudem a trazer...é uma coisa que a gente está*

dependentes deles para tudo, para tudo (...) para tomar banho na banheira também é a minha filha (...) eu estou a depender da minha filha... [apresentava voz rouca, fâcias triste e os olhos rasos de lágrimas]

E-4 – “*(...) para ir é preciso ter a pessoa para ir comigo, para levar-me (...) tem a cadeira de rodas, depois é preciso a fraldinha, bota-se a fralda, bota-se na cadeira, por exemplo se sujar a fralda tem de vir a casa assim, e o meu genro é que faz isso (...)*”

E-5 – “*(...) eu não dependia de ninguém e que agora vinha a depender de todos (...) pelo Natal paguei à minha sobrinha para me vir lavar tudo, ela lavou tudo, ela é que me enfeitou a casa...*”

E-6 – “*(...) eu peço ajuda a minhas irmãs (...) elas vão sempre comigo para todas as coisas que eu preciso e pronto (...) tudo o que ele [o filho] precisa eu vou sempre, só que eu tenho de levar sempre um acompanhante para ele ter atenção.*”

Recurso ao Divino

Existe a convicção de que Deus é o Ser superior que transcende a existência de cada um de nós e destina o futuro, permitindo a solução dos problemas e possibilitando a existência actual. Foi à espiritualidade que a maior parte das nossas participantes foi buscar a sua força para ultrapassar o momento difícil da amputação.

E-1 – “*Nosso Senhor só ajuda a curar (...) no dia que eu fui à igreja disse mesmo a Deus: «não tenho palavras para te agradecer».*”

E-3 – “*(...) agora olho e digo que podia ter sido pior (...) então eu dou graças a Deus nesse sentido...*”

Apesar da Fé em Deus e de acreditarem na força Divina, durante a vivência da amputação, houve informantes que questionaram o porquê de lhes ter acontecido esta situação a si, interrogando-se também sobre a existência de Deus e até mesmo se não teria sido um castigo Dele.

E-5 – “*(...) Deus não existe porque castigou. É como um castigo (...) mas Deus existe ainda porque eu estou viva.*”

E-7 – “*Eu digo: «meu Deus, para que é que Deus me tirou isto?»*”

Ao olhar dos outros

O sentimento de inferioridade constitui um medo anterior à amputação, no entanto, é após a alta hospitalar que a diferença relativamente aos outros é sentida com maior pesar.

E-3 – “*Eu sou diferente de todos (...) sinto-me diferente em tudo (...)*”

E-4 – “*[os outros] (...) acham diferença (...) a pessoa que vem está com o olho p'rá gente (...) [pensam] que eu devo ser uma panela partida (...) que não se usa.*”

E-5 – “*(...) eu não me sinto como elas já [as outras pessoas] (...) elas têm pena de mim.*”

E-6 – “*(...) eu sei que as pessoas vão olhar, eu sei que tem muitas pessoas que param e perguntam (...)*”

O estigma de ser diferente, nos casos de deficiência física, por vezes, estende-se a pessoas que nos são próximas. Uma informante revela que vivenciou o sentimento de exclusão, no período inicial de reintegração pós amputação, no seu local de trabalho com os respectivos colegas:

E-2 – “ (...) aconselharam-me a pôr a reforma e eu disse não! (...) quando comecei novamente a trabalhar soube que ninguém queria trabalhar comigo (...) e queriam pôr-me num serviço onde eu estivesse sentada (...) não me queriam aqui, é verdade! (...) não queriam trabalhar comigo.”

Houve ainda referência ao não reconhecimento e falta de preocupação/compreensão por parte dos outros em geral, que, por vezes, não respeitam os direitos da pessoa com deficiência motora.

E-6 – “ (...) vou a um correio ou assim, não dão a vez (...) não há aquela compreensão.”

EU para com os outros e Eu para comigo

Face ao sofrimento da amputação, à dor e até mesmo à visão que têm do próprio corpo, algumas participantes revelam que, em determinadas circunstâncias, tentaram, e pontualmente hoje em dia ainda o fazem, esconder os seus sentimentos, especialmente perante as pessoas que lhes são mais próximas, de modo a que estas não se apercebam do seu sofrimento. Este “disfarce” leva por vezes a momentos de afastamento e isolamento, não apenas pela necessidade de terem um momento de introspecção, mas também para não provocarem sofrimento aos que lhes são mais queridos.

E-3 – “ Muito triste...mas agora pronto...agora já levo a vida...disfarço (...) se eu tinha gente ao pé de mim (...) eu falava, ria, mas depois quando chegava a altura d'a gente estar sozinhos voltava à mente que eu perdi a minha perna (...)”

E-5 – “ (...) eu prefiro a ter mais horas sozinha do que acompanhada, mas eu não digo a elas (...) eu disfarço, às vezes na loja eu tinha costume de ficar lá, falava, ria e tudo...e agora [emocionada com voz tremula e chorosa] ...agora pego nas compras e venho-me logo embora. Agora fujo.”

E-6 – “ (...) quando eu me sentia naquela coisa deprimida, não dava a saber, mesmo aqui em casa e em todos os lados, não dava a saber que estava mesmo a precisar de estar sozinha e de pensar e de chorar sozinha. Faço-me forte mas temos sempre aquele lado.”

E-7 – “ Era ao silêncio não mostrar a ninguém que estava triste, não mostrar a ninguém que estava a sofrer, p'ra que a pessoa não sofresse também comigo. Eu tentava sempre não chorar diante dos familiares (...) o sofrimento ficava sempre naquele...no interior, no meu interior (...) não queria fazer sofrer os outros.” [refere-se ao período pré-operatório]

Após a amputação, a participante E-7 deu preferência ao isolamento, evitando o contacto mesmo com os familiares mais próximos:

E-7 – “ (...) não queria falar com ninguém, não queria ver ninguém (...) eu dizia: «vocês não me venham ver, que eu estou bem, eu estou bem», tentava evitar que se aproximassem mais de mim para não verem o meu sofrimento. Queria estar sozinha... estava a tentar me isolar, esconder para não verem o meu sofrimento, pronto eu não queria por nada que vissem o meu sofrimento.

v) RETRATANDO A IMAGEM E O CORPO

Por último, na dimensão “retratando a imagem e o corpo” surgiram como categorias a “baixa auto-estima”, a “perda do corpo ideal” e a “incompletude”.

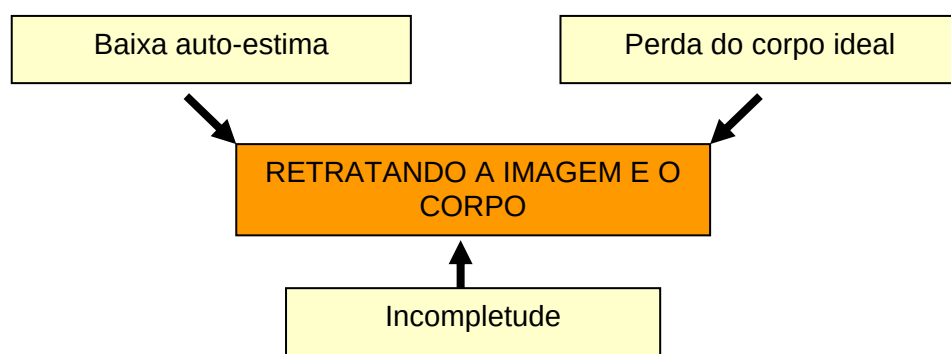


Figura 6 – Representação esquemática da dimensão “retratando a imagem e o corpo”.

Baixa auto-estima

Apesar de a maior parte das informantes, aparentemente, já terem reorganizado a sua vida de acordo com as suas limitações, o sentimento de inferioridade em relação aos outros (embora o tentem disfarçar perante as pessoas com que se relacionam) é um dos sentimentos que acarreta grande sofrimento.

A inferioridade constitui um medo a partir do momento que tomam conhecimento da necessidade da amputação, no entanto, após a alta hospitalar, ao tentarem retomar a vida que anteriormente faziam, a diferença comparativamente aos outros é sentida com mais pesar. Este pesar pode estar relacionado com o estar doente, mas a alteração do modo de vida afecta também o auto-conceito.

O sentimento da diferença é evidente e está essencialmente relacionado com a imagem corporal no momento pós cirúrgico, a impossibilidade de recuperação total do estado que anteriormente detinham e a incapacidade de voltar ao que eram.

E-1 – “ E eu acho o meu corpo feio. Sem perninha! (...) De manhã quando eu acordo, eu acho uma coisa...sem perninha (...) sentir-me assim...pois...é um corpo doente.”

E-2 – “ (...) ainda hoje me sinto que não sou uma pessoa igual às outras...eu sinto isso. Mas...é sempre aquela...pronto...o ser diferente.”

E-3 – “Tenho uma imagem péssima, tenho um corpo péssimo, um corpo feio, feio (...)”

E-5 – “ (...) *já não sou a mulher que era (...) já não sou uma mulher normal (...) eu não me sinto como elas [as outras mulheres].*”

E-7 – “ (...) *sinto-me desvalorizada, pronto! Sinto-me desvalorizada porque o meu corpo mudou muito, mudou completamente (...)*”

Numa das nossas participantes, a baixa auto-estima presente e o sentimento da diferença ultrapassam a vertente física, sendo referida a sensação de perda do “EU”:

E-3 – “*Não me sinto já mulher (...) É um bocado que a gente perde do nosso organismo, mas perde perna, alma, cérebro, coração, perde tudo, tudo, tudo.*”

Apesar de ser amputada, uma das nossas entrevistadas assumiu desde sempre a diferença física referindo sentir-se igual a qualquer outra pessoa:

E-6 – “ (...) *a gente não pode ter pena d'a gente, eu não tenho pena de mim. (...) Nunca houve aquele complexo de me meter dentro de um canto e me sentir inferior. (...) Eu não me sinto assim. A única coisa que tem é menos um membro, não é novidade nenhuma, está à mostra.*”

Embora descreva um sentimento de igualdade em relação aos outros, esta participante, após a amputação, passou a ser totalmente dependente dos outros; parece-nos demonstrar uma total indiferença não apenas com a imagem que tem do seu corpo, mas sobretudo com as consequências de dependência advindas após ser amputada.

E-4 – “ *A imagem (...) tal e qual às outras [pessoas] (...) é igual...é igual. Como assim: o ter ou não ter é a mesma coisa.*”

A perda do corpo ideal

As alterações da imagem corporal podem alterar o auto-conceito. Nos sentimentos expressos pelas participantes do estudo em relação a como vêem o seu corpo, estão presentes aspectos ligados com a idade em que perderam o membro.

E-3 – “ *eu sou tão nova, ainda podia estar a trabalhar, a fazer a minha vida (...) eu não tinha um corpo feio, era forte mas não era feia de corpo, tinha um corpo direito, um corpo que se podia ver.*”

E-6 – “ *Eu digo é assim: «jovem sem uma perna...» (...) se não ficasse assim eu tinha ido tirar o curso de professora de dança. (...) Gostava mesmo e sempre foi um dos meus sonhos desde pequenina (...)*”

Incompletude

A perda de um membro é uma situação causadora de grande tristeza, revelando-se sentimentos que vão para além da perda física, em que as mulheres se sentem incompletas com a falta do membro.

E-2 – “ (...) *sinto-me incompleta, sinto que não sou uma mulher igual às outras...sinto...e não sou! Falta-me a minha perna.*”

E-3 – “ *Eu para mim estou inválida. Sinto-me inválida. (...) Já não sou nada, é isso que sinto (...) nem 50 % sou mulher, nunca mais.*”

E-5 – “ *Temos é só metade, uma terça parte da mulher (...) porque eu não tenho a minha perna.*”

Terminada a descrição da análise dos dados, vamos seguidamente fazer a discussão dos resultados tendo em vista um maior aprofundamento dos mesmos.

2.DISSCUSSÃO DOS DADOS

Nesta secção é nossa pretensão fazer uma abordagem geral das dimensões apresentadas no anterior capítulo, procurando definir algumas conexões existentes entre os resultados obtidos, investigações na mesma área e a literatura existente, especialmente no que se relaciona com a experiência do sofrimento da pessoa com doença física ou deficiência física, de forma a conhecer a estrutura do fenómeno em estudo.

Neste sentido, entendemos o estudo das vivências da mulher com amputação do membro inferior como uma forma de investigar o sofrimento aos seus vários níveis – físico, psíquico, social, cultural e espiritual.

Nesta discussão, sempre que se torne essencial para a compreensão, é nossa pretensão ter em conta a relação estabelecida com as informantes durante a entrevista, bem como alguma da nossa experiência na prática do cuidar pessoas que são submetidas a amputação.

Na vivência da notícia da amputação, a informação, nos aspectos relacionados com o conteúdo ou com o contexto em que é fornecida, surge como um recurso chave no processo de aceitação/rejeição da amputação, logo, como facilitador ou dificultador deste período tão dramático na vida de quem a vivencia.

No contexto da amputação, podemos considerar a notícia da necessidade da mesma uma má notícia provocando um grande impacto em quem a recebe. A transmissão de uma “má notícia é uma informação que produz uma alteração negativa nas expectativas da pessoa acerca do seu presente e/ou futuro, afectando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa que a recebe e que persiste durante algum tempo após a sua recepção” (Jesus, 2007: s/p).

Uma abordagem insensível na transmissão de uma notícia induz o *stress* de quem recebe a informação, podendo levar a perturbações a nível do ajustamento e adaptação à situação, bem como aumentar os níveis de ansiedade favorecendo o risco de litígio entre quem transmite a notícia e quem a recebe.

A transmissão da informação é assim um factor essencial no contexto dos cuidados de saúde. No entanto, existem alguns obstáculos na comunicação da informação, que resultam, essencialmente, do comportamento do próprio doente, que não questiona o profissional de saúde, e do técnico de saúde que, embora reconheça a importância da informação, da comunicação e do apoio emocional, por vezes, negligencia esta área.

Para Melo (2005), esta atitude do profissional pode dever-se a vários factores, entre eles a falta de formação no que respeita à comunicação/informação ou o encorajamento dos profissionais de saúde para manterem um distanciamento com os doentes de modo a manterem a objectividade na relação terapêutica. Ainda na perspectiva da mesma autora, a relutância em transmitir informação com maior carga emocional pode ter como base a crença do aumento da ansiedade ou perturbação nos doentes.

Embora os profissionais de saúde tenham conhecimento da importância da comunicação na transmissão de uma má notícia, a informação muitas vezes não é adaptada às necessidades individuais de cada pessoa. No entanto, partilhamos da opinião de diversos autores ao referirem que a informação é fundamental na satisfação das necessidades cognitivas do doente. Neste sentido, têm sido propostas várias linhas de orientação para a comunicação de más notícias com base em evidência disponível sobre a temática.

Segundo Jesus (2007), estas *guidelines* recomendam que, no que respeita à transmissão de uma má notícia: deve haver uma preparação prévia; deve atender-se a um ambiente propício – com privacidade – num tempo adequado, estabelecendo-se uma relação terapêutica e utilizando uma linguagem compreensível; no momento de transmitir a informação, o profissional deve estar apto para lidar com as reacções do doente/família e ajudá-los a expressar as emoções, validando as mesmas e facultando informação necessária sobre estruturas ou serviços de apoio disponíveis.

Apesar de nos parecer obviamente importante o que anteriormente foi referido, nem sempre foi possível confirmar este tipo de atitude nas entrevistas efectuadas às participantes deste estudo, especialmente no que diz respeito ao tempo e ambiente adequados: “*Eu estava vendo a festa do Sr. Santo Cristo, nunca mais me esquece,... o Sr. padre estava dando a consagração e assim...e o Dr. entrou e disse: «heem prepara-te que terça-feira vais cortar os dedos». Isso não é modos de falar com os doentes.» (...)* “A Sr.^a que estava ao meu lado (...) disse assim: «agora...ele aguardasse isso para quando acabasse a missa»” (E-1).

A falta de informação prévia acerca dos serviços de apoio existentes revelou ser um factor condicionante no processo de aceitação da amputação. Esta falta de informação, no contexto de uma realidade tão dramática em que se encontram as participantes, pode também condicionar uma perspectiva mais optimista acerca do futuro.

Existem diversas variáveis interaccionais que tanto podem facilitar como constituir um obstáculo nos processos de comunicação humana. Para além do espaço físico envolvente, surgem como “barreiras” à comunicação os aspectos pessoais, entre eles,

a postura corporal (Dias, s/d). Apesar de esta ser uma característica pessoal, faz também parte de um léxico social, podendo deste modo ser-lhe atribuído um significado social.

A postura corporal do profissional de saúde mostrou-se não adequada na transmissão da notícia da necessidade de amputação, condicionando o estabelecimento de uma relação empática para o esclarecimento de dúvidas ou verbalização dos sentimentos: “ (...) *ele [o médico] chega-me lá de manhã (...) e ele tanto diz como sai*” (E-3).

Embora os profissionais de saúde tenham conhecimentos da importância da visão holística do ser humano como um ser único, na opinião de Melo (2005), actualmente ainda é utilizado o modelo biomédico, cuja atenção é centrada na doença e no tratamento, não permitindo uma compreensão global do doente. Na prática do modelo biomédico o profissional de saúde distancia-se, desvalorizando os sentimentos do cliente, esperando-se apenas que este aceite o que lhe fazem remetendo-se a um papel passivo no processo de doença/tratamento.

Ao contrário do que pode acontecer quando há falta de informação, podemos também constatar o reconhecimento da importância de uma comunicação/informação eficaz, havendo envolvimento da pessoa na decisão do processo de amputar, reduzindo a sua ansiedade e o seu sofrimento e contribuindo para uma aceitação da amputação. Nesta linha de pensamento, existem estudos referindo que a transmissão da informação adequada, no período pré-operatório, tem efeitos positivos a nível de sintomas e no sofrimento pós-operatório, reduzindo o tempo de recuperação e o nível de ansiedade (Melo, 2005).

A amputação de um membro é um acontecimento que exige um ajustamento por parte da pessoa que vivência esse momento. Esse ajustamento inclui reacções psicológicas diversas e imprevisíveis uma vez que cada pessoa perante a mesma situação pode reagir de diferente modo - é um ser único.

A fase do choque revelada com a notícia da amputação tem sido documentada em diversos estudos (Marques *et al.*, 1994; Falé, Coelho & Brito, 2003). Nos achados do nosso estudo foi possível verificar o impacto causado pela notícia da amputação, manifestado pelo choque.

Posteriormente ao choque da notícia, as entrevistadas passaram por outros estádios, tais como:

- i) Negação – onde foi visível o isolamento social. Neste estágio, a mulher evita o contacto com as pessoas que lhe são mais próximas de modo a esconder o seu próprio sofrimento e a não provocar sofrimento nos outros.

ii) Intrusão – caracterizou-se por estados de hipervigilância ou confusão. O choque da notícia teve tal impacto que desencadeou longos períodos de desorientação no tempo, espaço e pessoa.

iii) Processamento – nesta fase estiveram presentes sentimentos depressivos e ansiosos, manifestados pela tristeza e pelo choro, com incapacidade de ver o futuro numa perspectiva de melhor qualidade de vida.

A forma como o doente reage à notícia da amputação é variável de pessoa para pessoa, estando também relacionada com a patologia subjacente à amputação. Quando os processos de doença que levaram à amputação (tais como, situações de doença isquémica ou tumores) são prolongados e acompanhados de grande sofrimento, o sentimento de aceitação do acto de amputar é iniciado precocemente, uma vez que estas mulheres vêem neste acto cirúrgico o alívio das dores e o fim do seu sofrimento. Esta visão é partilhada por vários autores (Marques *et al.*, 1994; Falé, Coelho & Brito, 2003).

As estratégias de *coping* são utilizadas pelos doentes no ajustamento a uma situação de ameaça à própria saúde ou integridade física, ou seja, o *coping* pode ser considerado como uma forma de ajustamento a uma situação difícil (Melo, 2005). Neste sentido, na fase pré-operatória a informação adequada associada à preparação psicológica são fundamentais para ajudarem a antecipar a perda, a reduzir o medo e a ansiedade (próprios de quem vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica) e a permitir um ajustamento às realidades futuras.

As pessoas com amputações transtibiais (abaixo do joelho) beneficiam pela permanência da articulação do joelho, pois se o coto tiver um comprimento adequado haverá estabilidade desta articulação e um controle eficaz na fase de balanço; é também possível controlar os movimentos de flexão e extensão do joelho durante a marcha através de um bom controlo muscular (Carvalho, 2003).

Neste sentido, uma das primeiras reacções das participantes deste estudo, após a cirurgia, foi confirmar o nível da amputação a que tinham sido sujeitas. Esta verificação deveu-se ao facto de terem alguma informação acerca dos benefícios da preservação da articulação do joelho para a aplicação da prótese. Ao se depararem com uma amputação abaixo do joelho, sentiram um alívio, perspectivando um futuro melhor para a sua independência.

A ansiedade expressa por quem aguarda a colocação da prótese é evidente, relacionando-se com o tornar-se independente quer na deambulação, quer na realização de outras actividades que anteriormente faziam parte do seu dia a dia: “Saía,

convivia e tudo, mas agora não. (...) Só quando eu tiver a minha perna [prótese] ou qualquer coisa? (...) porque a gente com a nossa perna já está em pé” (E-5).

A recuperação da independência e até mesmo uma maior aceitação da imagem corporal estão fortemente associadas à colocação da prótese, no entanto, com ela, também surgem algumas dificuldades.

Nas pessoas com amputação do membro inferior, o início da marcha normal com uma prótese constitui-se por uma sucessão de desequilíbrios controlados pelo corpo, progredindo para a segurança e a diminuição do gasto de energia. Embora se tenha notado ao longo dos tempos uma melhoria na qualidade da deambulação dos amputados - devido essencialmente aos avanços tecnológicos, cirúrgicos e de reabilitação - as dificuldades iniciais sentidas pelas pessoas são muitas, levando muitas vezes a considerarem a prótese um obstáculo da marcha (Carvalho, 2003).

As dificuldades sentidas pelas participantes vão ao encontro da opinião de Carvalho (2003), no que diz respeito ao desequilíbrio sentido e ao peso da própria prótese que dificulta a deambulação e a adaptação à mesma.

Foi possível observar no nosso estudo a falta de adaptação à prótese numa situação de amputação transfemural, devido ao comprimento do coto e ao peso excessivo da mesma, que exigia grande esforço e gasto de energia. Neste caso, apesar de uma idade ainda jovem, da agilidade e boa forma física, foi impossível à mulher a adaptação à prótese, optando por usar apenas canadianas como meio auxiliar da marcha. Apesar de ser bem visível a deficiência física, foi possível observar a aceitação da perda física sem conformismo.

Neste estudo, ainda no que diz respeito ao uso da prótese, foi possível detectar outras dificuldades, especialmente no que dizem respeito ao cansaço e ao piso irregular dificultando a marcha e provocando dor.

A revolta sentida após a notícia da necessidade de amputação e a dificuldade na aceitação da perda passam para segundo plano, perante as alternativas de escolha – amputar ou morrer. Neste sentido, após reflectirem sobre a situação, a aceitação da amputação prevalece face à situação dramática, optando-se pelo mal menor.

Apesar da aceitação da amputação do membro, é no momento do contacto com a realidade da perda que a pessoa passa por uma fase de grande sofrimento emocional e por sentimentos dolorosos.

Na opinião de Gameiro (1999), o sofrimento, em situações de doença física, diz respeito ao sentir-se doente, que acarreta dor, desconforto e limitações físicas, mas

também a novas emoções e a um trauma de representações e significados atribuídos à situação. Neste sentido, podemos relacionar o sofrimento com os sentimentos dolorosos verbalizados pelas mulheres participantes neste estudo em relação à amputação do membro inferior.

Muitas são as respostas emocionais que surgem perante o confronto com a realidade da perda física, tais como o choque, o isolamento social, a ansiedade, os estados de confusão e as reacções depressivas - o choro, a tristeza e o sofrimento interior - muitas delas já presentes desde o momento em que foi transmitida a notícia da necessidade de amputar. Estas reacções são comuns a outras pessoas submetidas a amputação referidas por vários autores (Marques *et al.*, 1991; Meleis, 1991; Cruz 1994; Benedetto, Forgione & Alves, 2002; Falé, Coelho & Brito, 2003; Oliveira, 2004). Também outros estudos relacionados com a perda física (seja amputação do membro inferior ou outra parte corporal) fazem referência a estes sentimentos (Nunes & Neves, 1997; Oliveira, 2004; Azevedo, 2005; Chini, 2005; Ferreira, 2005; Bittencourt, 2006; Ferreira, 2006; Salomé, Espósito & Reis da Silva, 2008). Alguns destes autores integram estes sentimentos/emoções na fase do luto, caracterizado por um processo normal que decorre em situações de perda.

Após uma amputação, são muitas as mudanças que a pessoa tem de fazer na sua vida, de modo a reorganizar o seu quotidiano. Neste estudo, foi possível detectar dificuldades inerentes à nova situação de vida e às adaptações/reestruturações a que a mulher é sujeita, decorrentes no processo de reabilitação. No entanto, também foram percebidos outros factores que influenciam directamente a mulher aos vários níveis da sua vida, nomeadamente a nível das actividades de vida diária e a nível social.

Estas dificuldades enfrentadas no dia a dia do amputado e alterações no seu quotidiano, tendo em vista a adaptação à nova condição/situação de vida, foram também achados que emergiram em vários estudos (Ferreira, 2005; Bittencourt, 2006; Chini, 2006; Ferreira, 2006; Salomé, Espósito & Reis da Silva, 2008).

As mulheres participantes deste estudo criaram estratégias recorrendo a esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as dificuldades e as exigências desta nova condição de vida. Isto vai ao encontro do pensamento de Gameiro (1999) quando refere que a doença constitui uma ameaça ou uma limitação, perante a qual os recursos da pessoa e os processos de resolução de problemas habituais são avaliados como insatisfatórios. Nesta ordem de ideias, o mesmo autor acrescenta que a doença pode ser entendida como uma situação stressora exigindo mecanismos de esforço para o confronto, ou seja, estratégias de *coping*.

Para além das alterações referidas anteriormente, e que as mulheres referiram ter vivenciado, também foram bem evidenciadas alterações a nível da vida sexual.

Um estudo realizado por Williamson e Walters (1996), referido por Oliveira (2000), revela que o défice da amputação pode levar à perda da autoconfiança no que diz respeito ao desempenho e relacionamento sexual. Neste contexto, este estudo concluiu que a estabilidade da relação antes da amputação parece ser importante, assim como o estado civil, estando estes aspectos relacionados com o impacto da doença na actividade sexual, bem como com os sintomas depressivos.

Muito embora a relação com os companheiros tenha permanecido inalterada, não parecendo haver constrangimento por parte do sexo masculino, estas mulheres referiram ter havido diminuição da actividade sexual e até mesmo cessação da mesma. Esta situação deve-se a vários factores, tais como a falta de vontade, atribuída à medicação, a vergonha relacionada com a imagem corporal, bem como a própria falta do membro, no sentido físico, importante para apoio e mobilidade durante o acto sexual.

Estes achados relacionados com alterações a nível sexual e da *libido* na pessoa amputada vêm corroborar com o referido por Rui Oliveira (2004), bem como com os resultados de outros estudos (Azevedo, 2005; Cruz, 2003; Ferreira, 2006; Lima & Leão, 2004).

É em situações de sofrimento que as pessoas se interrogam sobre as questões da vida, tais como “porquê a minha vida teve de mudar assim? Porque é que isto me está a acontecer a mim?”. Na opinião de Wright (2005), a espiritualidade desempenha um papel importante em processos de doença; a saúde e o sofrimento levam a pessoa ao domínio espiritual da vida com o objectivo de alcançar o significado e a relação entre as experiências de vida e as relações pessoais. Nesta perspectiva, podemos dizer que o recurso à espiritualidade pode funcionar como uma estratégia de *coping*.

As mulheres submetidas a amputação do membro inferior, desde a fase que antecede a cirurgia até à fase de reabilitação - período coberto de grande sofrimento - recorreram à espiritualidade e às suas crenças religiosas, indo buscar as suas forças a Deus, nesse momento difícil das suas vidas.

Estudos realizados revelaram relações positivas entre a religião (que incluem a participação e a frequência da igreja) e diversos resultados em situações de doença (Ellison & Levin, 1998; Koenig *et al.*, 2001 *in* Wright, 2005). Outros estudos (Emblen & Halstead, 1993; Highfield & Cason, 1983; O'Brien, 1999 *in* Wright, 2005) também concluíram que o recurso à espiritualidade surge como uma necessidade de encontrar

um significado numa situação de doença e de sofrimento, a necessidade de confirmar as relações consigo mesmo, com os outros, com Deus e com a natureza, assim como a necessidade de realizar valores transcendentais (esperança, compaixão, fé, confiança, coragem, entre outros).

A sensação/dor fantasma é um achado bastante evidenciado pelas participantes deste estudo. As mulheres amputadas fazem referência ao quanto é difícil sentir uma parte do corpo já ausente, tornando-se por vezes incómodo viver com este “fantasma”, levando muitas vezes a questionarem-se sobre a veracidade do que estão a sentir.

De facto, existe ainda alguma controvérsia acerca da dor/sensação fantasma. Existem várias teorias que tentam explicar este fenómeno:

- Há quem defenda que é um processo mais do foro cognitivo em que a pessoa amputada procura perpetuar o membro real através da criação desse “fantasma”, podendo funcionar como uma alucinação nas pessoas com dificuldade em aceitar a amputação, que tentam deste modo preservar o seu membro (Benedetto *et al.*, 2002; MacLachlan, Desmond & Horgan, 2003; Rohlf, Moreira, Alves, Vasconcelos & Malland, 2000; Teixeira, Imamura & Pena, 1999)
- Existe também uma explicação mais neurológica e que está relacionada com a permanência das estruturas nervosas centrais seccionadas no acto da amputação. O “fantasma” surge porque, apesar do desaparecimento do membro, as aferências nervosas, ainda que cortadas, continuam a existir, e daí continuarem a enviar sinais ao sistema nervoso central quando estimuladas (Carvalho, 2003; Lima & Leão, 2004; Melzack & Wall, 1982;).

Apesar de não haver uma explicação comum para a origem do membro fantasma a presença da sensação/dor fantasma é verbalizada pelas mulheres que fizeram parte do nosso estudo, indo ao encontro de outras descrições semelhantes em indivíduos sujeitos a amputação e referidas em vários estudos (Benedetto *et al.*, 2002; Bittencourt, 2006; Chini, 2005; Ferreira, 2005; Ferreira, 2006).

Desde o pré-operatório, as mulheres tiveram uma preocupação constante relacionada com a dependência, apresentando dificuldade em visualizar as actividades que poderiam realizar após a cirurgia, temendo a ocorrência de dependência.

Um estudo realizado por Varni (1992), referido em Oliveira (2000), concluiu que as limitações físicas decorrentes de uma deficiência, que leva a uma certa dependência funcional (especialmente no que diz respeito às actividades de vida diária), parecem ter um efeito negativo no ajustamento psicológico e social dessas pessoas.

O apoio à pessoa com sofrimento é fundamental, de modo a facilitar a descoberta de um sentido positivo para a própria existência do sofrimento; neste sentido, o apoio por parte dos familiares, amigos e profissionais de saúde foi para estas mulheres fundamental, não só no alívio do sofrimento sentido, mas também como suporte, uma vez que se tornaram dependentes de outros em determinadas actividades que anteriormente realizavam.

Um estudo efectuado no âmbito da psicologia referido por Leite e Faro (2005) revelou que o regresso das pessoas com deficiência física às actividades sociais e profissionais está directamente relacionado, entre outros aspectos, com o apoio ou falta de apoio que cada um recebe das pessoas que lhe são mais próximas. No entanto, existem também alguns obstáculos na reintegração da pessoa com deficiência na sociedade, tais como as barreiras arquitectónicas e físicas.

Salientamos que, apesar destas mulheres se sentirem apoiadas, o facto de se tornarem dependentes dos outros é uma situação de grande constrangimento, sentindo-se como um “peso” ou como incómodo para os outros. A mulher amputada passa a preocupar-se com a dependência, avistando um futuro marcado por sofrimento; ela sente uma existência condenada à piedade dos outros que poderá ser minimizada quando consegue desenvolver algumas actividades que promovam a sua autonomia.

A ajuda por parte dos amigos, dos familiares e dos profissionais de saúde foi sentida como um pilar fundamental em todo o processo da amputação. A percepção da ajuda desempenha um papel fundamental para que estas mulheres possam iniciar a aceitação da perda e enfrentar os obstáculos físicos e relacionais normais de quem sofreu uma perda física.

Os enfermeiros são dos profissionais de saúde que mais tempo passam com os clientes em situação de internamento. Perante uma situação de amputação do membro inferior, desde o pré-operatório até ao momento da alta, é importante que os clientes sejam devidamente esclarecidos sobre os procedimentos cirúrgicos, as dúvidas, os receios, devendo ser acompanhados ao longo de todo este processo doloroso da amputação.

O apoio prestado pelos enfermeiros fizeram as mulheres olhar para além das suas limitações físicas, através da presença incondicional, da escuta activa e do toque terapêutico. Estes achados, obtidos por nós, também foram observados no estudo realizado por Ferreira (2006).

No que diz respeito à humanização dos cuidados, Gameiro (1999) refere que esta passa pelo reconhecimento do sofrimento do doente como um fenómeno existencial;

este reconhecimento pressupõe uma atitude compreensiva dos valores, crenças, significados e expectativas do indivíduo, tendo como objectivo a capacidade de motivar os cuidadores para atenderem às necessidades da pessoa, respeitando a sua individualidade, promovendo a sua auto-estima e inculcando-lhe esperança.

Apesar de defendermos o que anteriormente foi referido, também pudemos constatar o sofrimento e a tristeza causados pela falta de empatia, pela falta de compreensão da dor da perda, frustrante para quem está fragilizado pela doença e põe a sua vida e bem estar nas mãos dos profissionais. A falta de apoio profissional nas diferentes fases do processo da amputação é evidenciada pelas mulheres deste estudo e vem ao encontro das necessidades sentidas por participantes de outros estudos em situação semelhante (Oliveira, 1998, *in* Ferreira, 2006; Gallagher & Maclachlan, 2001) que realçam a importância e necessidade deste apoio.

No seu estudo, Chini (2005) também faz referência à importância dos enfermeiros no processo de cuidar e de reabilitar; no entanto, a autora acrescenta que no quotidiano laboral o enfermeiro não assume uma postura muito significativa em relação às necessárias no tratamento do doente; o cuidar, essencial a toda a assistência, fica “perdido” perante as rotinas estabelecidas e o fazer mecânico.

O enfermeiro como membro da equipa multidisciplinar deve envolver-se no cuidado e no processo de reabilitação da mulher com amputação do membro inferior. Desde o período pré-operatório, os profissionais de saúde devem estabelecer uma relação de empatia, mostrando alternativas disponíveis, ajudando a perspectivar acções e actividades possíveis.

O apoio recebido pelas mulheres por outros na mesma condição também foi verbalizado como uma grande ajuda para ultrapassar o sofrimento. Estes encontros poderão ser muito benéficos na partilha de experiências podendo até funcionar como uma prova de que a reabilitação é possível. A partilha de sentimentos, emoções, perdas e sucessos com outros amputados também surge como um achado significativo noutras investigações (Ferreira, 2006; Gallagher & Maclachlan, 2001; Rybarczyk, Nicholas & Nyenhuis, 1997), que referem a importância de conhecer e falar com outras pessoas que tenham passado por uma situação semelhante.

Apesar do apoio recebido pelos que o rodeiam, para Goffman (1999), o amputado é muitas vezes estigmatizado pela sociedade, uma vez que não é tratado tendo em conta a pessoa que é, mas sim tendo em conta o estereótipo da doença.

Existe um estigma social relacionado com a pessoa com deficiência física e ao sentimento de ser-se diferente. Embora nem todas as pessoas pensem dessa forma, existe o sentimento ou essa “impressão” pela maioria das participantes deste estudo.

Para além da observada desvalorização social da pessoa com amputação, o próprio amputado também tem alguns valores e crenças acerca da deficiência física que poderão contribuir para a diminuição da auto-imagem. Nesta linha de pensamento, Goffman (1999) refere que se a auto-imagem do amputado for muito influenciada pelo senso comum, então a pessoa tende a incorporar os mesmos preconceitos que a sociedade tem em relação a ele, o que resulta em insegurança e angústia profunda, como podemos perceber no seguinte discurso:

E-3 - “*Já não sou nada, é isso que sinto (...) eu sou diferente de todos (...) já não sou a mulher que era.*”

Perante o referido parece-nos estar presente na mulher o estigma da invalidez por deficiência, sentindo-se inútil com a nova condição de vida. Nestas mulheres a percepção corporal vai para além da simples estética. Como pudemos verificar durante as entrevistas, a percepção da imagem corporal sofre alterações, sendo o corpo visto como feio.

Este achado vai ao encontro do resultado de uma pesquisa realizada por Bennedetto (2003), referida em Pedrosa (2005), revelando que a percepção do belo sofre alterações após a cirurgia quando a pessoa é confrontada com um corpo fragmentado e defeituoso.

Apesar da maioria das participantes desempenhar determinadas actividades, adaptadas às suas limitações, elas sentem-se incompletas e inválidas, verbalizando sentimentos de inferioridade e sentimentos que reflectem baixa auto-estima. A imagem corporal não diz respeito apenas à aparência física, ela inclui também a integridade corporal, ou seja, a percepção do corpo como intacto, completo e funcionante. Esta conclusão vai ao encontro do pensamento de Palhinhas (2000) referido em Ramos e Patrão (2005).

A imagem que a mulher tem de si e do seu corpo, muitas vezes, aparece num contexto comparativo ao corpo que tinha antes da amputação. A idade é também um aspecto evidenciado. As nossas entrevistadas situam-se numa faixa etária ligada a uma perspectiva social e laboral de carácter produtivo. Com a amputação ficam condicionadas à nova condição de vida e por outro lado alguns sonhos e perspectivas futuras, anteriormente pensadas, ficam comprometidas.

3. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Com o presente estudo pretendemos compreender as vivências da mulher com amputação do membro inferior e a forma como os enfermeiros actuam perante as vivências dessas mulheres. Um conhecimento mais aprofundado sobre este fenómeno constitui um enriquecimento para a enfermagem, na medida em que pode proporcionar um cuidado mais fundamentado e mais atento às especificidades que esta situação acarreta.

As questões que se relacionam com a amputação, neste caso particular com a amputação a que estão sujeitas mulheres, são complexas. Uma abordagem centrada exclusivamente na doença ou no tratamento seria redutora face a tal complexidade.

Ao atentar este fenómeno, não podem deixar de ser consideradas outras dimensões, tais como, a identidade pessoal, o corpo/identidade corporal, as estratégias de *coping* ou as respostas institucionais existentes.

Só uma abordagem compreensiva na sua natureza poderá ser eficaz para desvelar o sofrimento vivenciado pelas mulheres, bem como os impactos significativos experimentados.

A experiência da amputação vivida pelas mulheres constitui-se como um período difícil marcado pelo sofrimento, não se restringindo a um momento pontual relacionado com um acto cirúrgico. Esta experiência assume-se como um processo prolongado no tempo, que se inicia com o impacto da notícia e indo para lá do período de reabilitação.

Apesar das reacções de choque, de desorganização emocional e dos sentimentos de raiva e revolta serem comuns quando se recebe a notícia da necessidade da amputação, a utilização de estratégias referentes à transmissão de más notícias, tais como o momento e o espaço adequados, assumem um papel fundamental na aceitação do acto cirúrgico.

A notícia da necessidade de amputar leva à consideração de cenários hipotéticos (dependência, invalidez, incerteza) com perspectivas de um futuro diferente do imaginado até então.

Por mais que seja difícil e doloroso para a mulher considerar a hipótese de amputação, esta rende-se à situação limite/limitante ao se confrontar com uma não escolha - viver com uma modificação corporal/existencial ou morrer.

O confronto com a realidade da amputação é sempre um choque, despoletando na mulher sentimentos de perda, dependência, inferioridade, invalidez, incapacidade e

reações depressivas, tais como, o choro, a tristeza e o isolamento. Todos estes sentimentos/reações, assim como a aceitação ou a rejeição emocional da perda, fazem parte do processo normal e necessário para o luto.

Durante a vivência da perda é bem evidente o relato da sensação/dor fantasma, causadora de grande desconforto e motivo de interrogações por quem a vivencia.

Devido às limitações impostas pela nova condição, a mulher reestrutura o seu quotidiano, especialmente ao nível das actividades de vida diária (relacionadas essencialmente com o espaço para facilitar a mobilidade e autonomia, bem com alterações ao nível da auto-imagem) e da vida social. Ainda no que diz respeito a alterações após a amputação, mesmo não se constatando a ocorrência de modificações aparentes no relacionamento afectivo com os companheiros, identifica-se a diminuição da actividade sexual e da *libido*.

Entre as dificuldades sentidas encontram-se não só as relacionadas com as limitações físicas e de mobilidade mas também as relacionadas com a percepção de se sentirem olhadas de forma estigmatizante pela sociedade em que se inserem.

A imagem que a mulher amputada tem de si e do seu corpo está relacionada com o sentimento de ser incompleta ("incompletude"), com a perda do corpo ideal e com a baixa auto-estima. Este quadro manifesta-se frequentemente por sentimentos de inferioridade, de diferença e invalidez, que ultrapassam a vertente física e que se podem inscrever num processo de perda do "Eu".

Embora a dependência seja causadora de grande sofrimento para a mulher, o apoio demonstrado pela família e amigos é fundamental para superar as dificuldades e promover a autonomia. O contacto com outras pessoas já amputadas é também considerado um importante recurso no vislumbrar de um futuro mais optimista.

No decorrer de todo o processo da amputação, o apoio por parte dos profissionais de saúde é entendido como muito importante, quer na aceitação do acto de amputar, quer no alívio do próprio sofrimento.

A compreensão deste momento tão doloroso para mulher, com uma visão além do biológico e do corpo físico, é essencial para que o enfermeiro desempenhe as suas funções de forma mais afectiva e completa.

O estabelecimento de uma relação empática no atendimento à mulher com amputação do membro inferior através da demonstração de disponibilidade, da escuta activa, do toque terapêutico e da relação de ajuda são requisitos profissionais do enfermeiro

necessários para ajudar uma mulher a lidar com os processos relacionados com a perda física.

Com a conclusão deste estudo, consideramos que continua a ser necessário aprofundar este tema com trabalhos de pesquisa subsequentes. Particularmente importante parece-nos ser a necessária compreensão dos processos de cuidado dos enfermeiros junto dos doentes que vivenciam a amputação, nomeadamente ao nível de estratégias que utilizam no fornecimento de informação, no apoio emocional que disponibilizam ou, até, nas suas estratégias de *coping* ao lidarem com essa situação.

Este estudo centrou-se em mulheres adultas com potencial produtivo. Consideramos ser pertinente um estudo semelhante junto de mulheres mais idosas, com o intuito de compreender os aspectos que tivemos em consideração com as participantes do nosso estudo, nomeadamente com os que se relacionam com a imagem e com o corpo.

As questões relacionadas com a vivência da dor/sensação fantasma não eram objectivo primordial do nosso estudo. No entanto, apresentaram-se com um grande “peso” o que sugere a utilidade de um estudo mais aprofundado.

Por fim, consideramos, dada a natureza da enfermagem enquanto profissão e disciplina, ser desejável a realização de estudos que atendam à compreensão das vivências de pessoas com necessidade de ajuda e intervenção dos enfermeiros, de forma a potenciar as suas respostas profissionais.

Seja para a formação de novos profissionais seja para a transformação das práticas existentes, este estudo sugere que se inclua nos currículos académicos e nas formações profissionais uma abordagem global da amputação, visando os aspectos psicológicos relacionados com a temática.

Como principal limitação deste estudo, consideramos que a realização de uma única entrevista por participante não permitiu que se explorassem alguns aspectos que se mostraram relevantes durante os processos de análise. A esta limitação não é alheio o facto de este estudo se realizar num contexto académico marcado por limitações de ordem temporal.

Consideramos que a pesquisa correspondeu aos objectivos a que nos tínhamos proposto e estamos cientes do elevado enriquecimento pessoal e profissional que este processo proporcionou.

Temos consciência de que este estudo contribui, ainda que modestamente, para o enriquecimento da Ciência que é a Enfermagem. Esperamos que os enfermeiros, enquanto cuidadores, possam abrir-se e conhecer as particularidades das vivências da mulher amputada, passando a contemplar o mundo e a vida com outros olhos, proporcionando um cuidar completo e humanitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ADAMI, F.; FERNANDES, T. C.; FRAINER, D. E.; OLIVEIRA, R. O. (2004). *Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física*. Revista digital. Buenos Aires, nº 83. Recuperado em 23 Agosto, 2007 de: <http://www.efdeportes.com/>
- AUGUSTO, B., RODRIGUES, C., SIMÕES, J., AMARO, R., ALMEIDA, Z.(2004). *O corpo e os cuidados*. Coimbra: Formasau.
- AZEVEDO, A. A. (2005). *Incontinência urinária: impacto no feminino*. Coimbra: Formasau.
- BARBOSA, S. R. (2003). *Modernidade e identidade*. Multiciência: revista interdisciplinar dos centros e núcleos da Unicamp [Em linha]. Recuperado em 23, Março, 2007 de: <http://www.multiciencia.unicamp.br/r03.htm>
- BARCA DURÁN, J.; VÁZQUEZ IBARRA, R. (1997, Julho-Agosto). Amputaciones de miembro inferior. *Revista Rol de Enfermería*. Nº 227-228, pp. 86-90.
- BARDIN, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- BARROS, D. (2005, Maio-Agosto). *Imagem corporal: a descoberta de si mesmo*. Revista História, Ciências, Saúde. Manguinhos. Vol. 12:2, pp. 547-554.
- BENEDETTO, K. M.; FORGIONE, M. C.; ALVES, V. L. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. *Acta fisiátrica*, 9 (2), pp. 85-89.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. (2004). *A construção social da realidade*. 2ª ed. Lisboa: Dinalivro.
- BISHOP, S. (1998) History and philosophy of science. In A. M. Tomey & M. R. A. *Nursing theorists and their work*. 4ªed. Chap. 3. St. Louis: Mosby, pp. 25-34.
- BITTENCOURT, R. (2006). *Amputação e estratégias defensivas*. Trabalho de conclusão do curso psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BRUGGER, W. (1987). *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- BUB, M., MEDRANO, C., SILVA, C., WINK, S., LISS, P. & SANTOS, E. (2006). *A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem*. Texto & contexto – enfermagem, 15, nº spe., Florianópolis. Recuperado em 25 Fevereiro, 2008 de: <http://www.scielo.br>
- CARRERAS, A. (2004). Ciências cognitivas e identidade pessoal. In F. TEIXEIRA *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra: Edições Quarteto.
- CARVALHO, J. A. (2003). *Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação*. 2ª ed. Barueri, SP: Manole.
- CHINI, G. C. O. (2005). *A amputação sob uma perspectiva fenomenológica*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto
- CHINI, G. C. O.; BOEMER, M. R. (2002). *As facetas da amputação - uma primeira aproximação*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. vol. 55 (2), pp. 217-222.

- COHEN, M. (2000). Introduction. In M. Cohen, D. Kahn & R. Steeves (cords). *Hermeneutic phenomenological research: a pratical guide for nurse researchers*. California: Sage Publications, pp. 1-12.
- COHEN, M.; KAHN, D.; STEEVES, R. (2000). How to analyse the data. In M. Cohen, D. Kahn & R. Steeves (cords). *Hermeneutic phenomenological research: a pratical guide for nurse researchers*. California: Sage Publications, pp. 71-83.
- COLLIÈRE, M. F. (1990, Maio-Agosto). Autonomia da profissão de enfermagem. *Boletim sindical*. Lisboa, 3 (4), pp. 43-50.
- CONTE, J. A *teoria de Hume da identidade pessoal*. Recuperado em 19 Agosto, 2007 de: <http://www.cfh.usfc.br/~cont/txt-vozes.html>
- CORNEY, R. (2000a). As respostas emocionais nos doentes e nos médicos In R. CORNEY. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e o aconselhamento em medicina*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- CORNEY, R. (2000b). A necessidade de melhor comunicação e apoio emocional In R. CORNEY. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e o aconselhamento em medicina*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- CORREIA, C. J. *Identidade Pessoal. Notas para uma redefinição do conceito de pessoa segundo o pensamento de Ricoeur*. Recuperado em 4 Março, 2007 de: http://metafisica.no.sapo.pt/ricoeur_1.html
- CRUZ, A. G. (1994). *Reabilitação do amputado do membro inferior*. Sinais vitais, 1, pp. 35-40.
- CRUZ, I. M. (2003). *A reabilitação do amputado do membro inferior: aspectos psicossociais da amputação de etiologia vascular*. Dissertação de mestrado: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- DAMÁSIO, A. (2002). "How the brain creates the mind". Scientific American, special edition.
- DAMÁSIO, A. (2004a). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. 15ª ed. Mem Martins: Publicações Europa América.
- DAMÁSIO, A. (2004b). *Ao encontro de Espinosa as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. 6ª ed. Mem Martins: Publicações Europa América.
- DAMÁSIO, A. (2005). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. 24ª ed. Mem Martins: Publicações Europa América.
- DIAS, F. (s/d). *Barreiras à comunicação humana*. Recuperado em 15 Maio, 2008 de: <http://www.sociuslogia.com/artigos/barreira01.htm>
- DINIS, A. (2004). Ética e identidade pessoal. In F. TEIXEIRA. *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra: Edições Quarteto
- DIOGO, M. J.; CAMPEDELLI, M. C. (1993). Sentimentos relacionados com a auto-imagem de idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Revista escola de Enfermagem USP*, 27 (2), pp.296-308.
- DUARTE, S. (2002). *Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Edições Quarteto.
- DURMAN, S. (2000). *Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral*. Trabalho de pesquisa do curso de mestrado interinstitucional UFSC/UFPR, Campus, Cascavel.

- FALÉ, M. J. M. M. ; COELHO, N. P. ; BRITO, Z. M. M. (2003). *O doente amputado do membro inferior*. Revista Sinais Vitais, nº 47, pp.45-48.
- FAWCETT, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- FERREIRA, S. C. (2005). *Aspectos psicossociais da deficiência física adquirida (DFA): dependência/Independência de pacientes amputados de extremidades Inferiores*. Trabalho de conclusão do curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Manaus, Manaus.
- FERREIRA, R. (2006). *Vivências de pessoas submetidas a amputação do membro inferior por etiologia vascular – uma abordagem fenomenológica*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra
- FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. (2000). Dorothea E. Orem. In J. GEORGE. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- FRANCO, M. H. *O luto pelas partes do corpo, o luto de si*. Recuperado em 21 Janeiro, 2008 de: <http://www.cienciaeprofissao.com.br/anais/detalhe.cfm?idtrabalho=4169>
- GALLAGHER, P.; MACLACHALAN, M. (2001). *Adjustment to an artificial limb: a qualitative perspective*. Journal of Health psychology. 6 (1), pp.85-100.
- GALVÁN, G. *Um estranho no espelho: sentido de si mesmo diante de uma perda física*. Recuperado em 21 Janeiro, 2008 de: <http://www.cienciaeprofissao.com.br/anais/detalhe.cfm?idtrabalho=4169>
- GAMEIRO, M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto.
- GASK, L. (2000). A identificação dos problemas emocionais e psicossociais In R. CORNEY. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e o aconselhamento em medicina*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi.
- GIBSON, Jo (2001). Lower limb amputation. *Nursing standard*. March (28), April (3), pp. 47-52.
- GIDDENS, A. (1991). *As consequências da modernidade*. São Paulo: Editora UNESP.
- GIDDENS, A. (1995). Conciencia, próprio-ser y encuentros sociales. In GIDDENS, Anthony – *La constitución de la sociedad. Bases para una teoría de la estructuració*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GIDDENS, A. (2002). *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- GIL, A. (1999). *Método e técnicas de pesquisa social*. 5.ªed. São Paulo: Atlas
- GOFFMAN, E. (1999). *Estigma- notas sobre a manipulação da identidade deteorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.
- GONÇALVES, M. (2004). Identidade e narrativa pessoal. In F. TEIXEIRA. *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra: Edições Quarteto.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- HICKMAN, J. S. (2000). Rosemarie Rizzo Parse. In GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- HIGGS, R. (2000). O apoio e a supervisão do terapeuta In CORNEY, R. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e o aconselhamento em medicina*. 2ª ed. Lisboa: climepsi.

- JESUS, E. H. (2007). A comunicação de más notícias. Recuperado em 15 Maio, 2008 de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- KFIR, N.; SLEVIN, M. (2000). A intervenção na crise em doentes oncológicos In R.CORNEY. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e o aconselhamento em medicina*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi.
- LEITE, V. B. E.; FARO, A.C.M. (2005). *O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora*. Rev. Esc. Enfermagem USP. 39 (1), pp. 92-96.
- LIMA, C. L.; LEÃO, M. L. S. (2004). *Alteração da imagem corporal percebida por pacientes diabéticos amputados: uma revisão da literatura*. Monografia em psicologia hospitalar, Centro de psicologia hospitalar e domiciliar do nordeste, Recife.
- LOBO, M. L. (2000). Florence Nightingale. In J. B. GEORGE. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed., Porto Alegre: Artmed.
- LOCKE, J. *An Essay concerning Human Understanding (1690)* (cf. tradução portuguesa, Ensaio sobre o Entendimento Humano, Volume I, Lisboa, Gulbenkian, pp.436-457).
- LOPES, J.M. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. [Lisboa]: Artlantida.
- MacLACHLAN, M.; DESMOND, D.; HORGAN, O. (2003). *Psychological correlates of illusory body experiences*. Journal of Rehabilitation Research and Development. January/February, pp.59-65.
- MAIA, A. C. (2005). *Diversidade cultural, identidade nacional brasileira e patriotismo constitucional*. Recuperado em 7 Maio, 2007 de: http://www.saogabriel.pucminas.br/csociais/diversidadecultural/textos/antonio_caval_canti.pdf.
- MARQUES, A., SANTOS, G., FIRMINO, H., SANTOS, Z., VALE, L., ABRANTES, P., BARATA, P., MONIZ, M., AMARAL, A., GALVÃO, M., CLEMENTE, V., PISSARRA, A., ALBUQUERQUE, E., GOMES, A., MORAIS, I. (1991). *Reações emocionais à doença grave: como lidar....* Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- MARTINEZ, M. (1989). *Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación*. México: Trilhas
- MATURANA, L. (2004, Abril). *Imagem corporal: noções e definições*. Revista digital. Buenos Aires. nº 71. Recuperado em 4 Setembro, 2007 de: <http://www.efdeportes.com/>
- MAXWELL-THOMPSON, C.; YUAN, A. (2003). Intervenção junto de pessoas com problemas vasculares. In W. PHIPPS, J. SANDS & J.MAREK. *Enfermagem médico-cirúrgica conceitos e prática clínica* (6ª ed.), (pp. 847-892). Loures: Lusociência.
- MELEIS, A. L. (1991). *Theorical nursing: development & progress*. New York: J. B. Lippincott Company, pp. 357-379.
- MELO, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- MELZACK, R. & WALL, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- MENDES, C.; NERO, C.; PALMA, H.; ROSA, H.; DUARTE, P. (2004, Fevereiro) Diferença entre doença e deficiência. *Revista Nursing*. Edição portuguesa, nº 185, pp. 13-17.
- MERLEAU-PONTY, M. (1994). Apresentação seminário nacional sobre a interdisciplinaridade no ensino da filosofia.
- MERLEAU-PONTY, M. (1996). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- MERLEAU-PONTY, M. (2005). *O visível e o invisível*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- MONTERO, R. (1998). *A filha do canibal*. Lisboa: Edições Presença.
- MOREIRA, D. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira
- NOVAIS, E. (2003). *A dualidade de ter e ser corpo*. *Revista Pensar em Enfermagem*. Vol. 7, nº 1, pp. 13-21.
- NUNES, M. J.; NEVES, M. A. (1997, junho). A mulher mastectomizada: que reacções? Que consequências?. *Revista nursing*. 112:10, pp.19-22.
- OLIVEIRA, C. C. (2004). Auto-organização, educação e identidade pessoal. In F. TEIXEIRA. *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra: Edições Quarteto.
- OLIVEIRA, Rui (2000). *Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas*. *Análise psicológica*, 4 (XVIII), pp. 437-453.
- OLIVEIRA, Rui (2004). *O sujeito e o corpo perante a incapacidade física*. *Revista portuguesa de psicossomática*, 6 (1), pp. 63-67.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.
- ORIÁ, M. ; MORAES, L. ; VICTOR, J. (2004). *A comunicação como instrumento para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. *Revista electrónica de enfermagem. Goiânia*: 6, 2. Recuperado em 25 Fevereiro, 2008 de: www.fen.ufg.br
- PARSE, R. (1999). *Nursing: the discipline and the profession*. *Nursing Science Quarterly*. Pittsburgh.
- PARSE, R. (2000). *Paradigms: a reprise*. *Nursing Science Quarterly*. Pittsburgh.
- PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Grafilarte, Artes gráficas Lda.
- PEDROSA, K. J. (2005). *A relação corpo-psiquê: um estudo com indivíduos amputados em processo de reabilitação*. Trabalho de conclusão do curso de psicologia: Centro Universitário Luterano de Manaus. Manaus.
- PEREIRA, H. R. (2005). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento cognitivo*. Ponta Delgada: ESEnf PD/Saudador.
- PHANEUF, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermagem*. Coimbra: Cuidar.
- POLIT, D; HUNGLER B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas
- PORTUGAL, Ministério da saúde (1999). *A saúde da mulher*. Lisboa: MS.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva

- RAMOS, A. S.; PATRÃO, I. (2005, Julho). *Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual*. Revista análise psicológica. nº 3 (XXIII), pp.. 295-304.
- REIS, J. C. (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa: Nova Veja.
- RIBEIRO, A. (2005). *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. 2ª ed., Lisboa: Ed. Notícias.
- RICOEUR, P. (1976). *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70
- ROHLFS, A.; MOREIRA, L.; ALVES, R.; VASCONCELOS, M. & MALLAND, M. (2000). Trabalho realizado no curso de medicina da UFMG. Recuperado em 6 Agosto, 2006 de: http://www.Ucbufmg.br/neuromed/seminário_dor_fantasma
- RYBARCZYK, B.; NICHOLAS, J. J.; NYENHUIS, D. L. (1997). *Coping with a leg amputation: integrating research and clinical practice*. Rehabilitation psychology. 42 (3), pp. 241-256.
- SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C.; REIS da SILVA, G. T. (2008, Janeiro). Sentimentos vivenciados pelos pacientes diabéticos com lesão no pé e com risco de amputação. *Revista nursing*.116, pp. 45-50.
- SANTOS, B. (1999). *Um discurso sobre as ciências*. 11ª ed. Porto: Edições Afrontamento
- SANTOS, S. C. T. (2003, outubro/dezembro). *A imagem corporal*. Revista em foco. Ano XII, nº 53, pg. 37-42.
- SHELL, J.; MILLER, M. (1999). *The câncer amputee and sexuality*. Orthopedic nursing. 18, 5. Cinahl- database of nursing and allied health literature, pp. 53-64.
- SILVA, L. D. (2003). *Corpo e deficiência*. PAR'A'IWA revista dos pós graduandos de sociologia da UFPB. João Pessoa: nº 3, Março. Recuperado em 23 Agosto, 2007 de: <http://www.cchla.ufpb.br/paraiwa/03-dantasdasilva.html>.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. J. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem - avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- TAVARES, M. C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri: SP Manole.
- TEIXEIRA, M.J.; IMAMURA, M.; PENA, R.C. (1999). Dor fantasma e no coto da amputação. *Revista médica*. 78:192, p.6.
- TEIXEIRA, E. (2002). *As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa*. 4ª ed. Belém Unama.
- TEIXEIRA, F. (2004). *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra: Edições Quarteto.
- THOMPSON, R. (2002). *Imagem e esquema corporal: uma visão transdisciplinar*. São Paulo: Editora Lovise.
- TRIVIÑOS, A. (1994). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Edições Atlas.
- WALD, J.; ALVARO, R. (2004). *Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors*. Journal of Rehabilitation. vol. 70, nº 4.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- WILSON-BARNETT, J. (2000). A divulgação de informação relevante para os doentes e suas famílias In CORNEY, R. *O desenvolvimento das perícias de comunicação e o aconselhamento em medicina*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- WRIGHT, L. M. (2005). *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra: Ariadne Editora.
- ZERBETTO, S.R.; RODRIGUES, A.R.F. (1997). *Relacionamento não directivo do enfermeiro com paciente em processo de ressocialização*. Revista latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto, 5, nº especial, 77-83.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização ao Hospital do Divino Espírito Santo

Ao Conselho de Administração do
Hospital do Divino Espírito Santo

Assunto: Trabalho de investigação no âmbito do XIII Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem

Marina Sofia Quitério Marques, aluna do XIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem – turma B, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, vem solicitar autorização para aceder à identificação de utentes para os contactar a fim de proceder à selecção dos participantes do trabalho de investigação que pretende realizar subordinado ao tema “Vivências do adulto com amputação do membro inferior”. Este estudo tem como objectivos: conhecer as vivências de homens e mulheres, em idade adulta e da Ilha de S. Miguel, com amputação do membro inferior; analisar o significado pessoal desse tipo de perda corporal a nível físico, psicológico e social; compreender de que forma a actuação da enfermagem influenciou essas vivências no contexto da amputação. Este estudo é orientado pela Professora Doutora Amélia Lopes.

A investigação em causa seguirá uma metodologia qualitativa de características fenomenológicas. Os critérios de selecção dos informantes são: adultos (dos 18 aos 65 anos) de ambos os sexos (preferencialmente cinco homens e cinco mulheres), da Ilha de S. Miguel; tenham sido submetidos a amputação transtibial ou transfemural do membro inferior há pelo menos dois anos.

A colheita de dados será efectuada no domicílio dos participantes seleccionados ou outro local por eles indicado, de acordo com a sua disponibilidade e marcação prévia.

Os dados colhidos serão apenas para usar no presente estudo.

Não estão previstos danos, e os benefícios do estudo relacionam-se com o aumento de conhecimento do assunto em causa, proporcionando assim, a oportunidade de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem.

A participação dos informantes é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo.

Para assegurar o rigor científico ter-se-á em conta os critérios de credibilidade, segurança, confirmabilidade e transferibilidade.

No que diz respeito aos procedimentos éticos compromete-se em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça.

A identidade dos informantes apenas será conhecida pelo investigador, salvaguardando-se assim o direito à privacidade e ao anonimato.

Compromete-se a interferir o menos possível com o normal funcionamento do serviço, e em divulgar os resultados do estudo junto da V. Instituição após o seu terminus, previsto para Março de 2008.

Em anexo envia o Projecto de Tese, o Documento de Consentimento Informado, o Parecer do Director do Serviço, a Nota Biográfica da orientadora do estudo e da investigadora.

Grata pela atenção dispensada, solicita deferimento.

A Mestranda

(Marina Sofia Quitério Marques)

ANEXO II

Autorização concedida pelo Hospital do Divino Espírito Santo



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO

Exma. Senhora
Dra. Marina Marques
Rua Coronel Silva Leal, n° 25
9 500 Ponta Delgada

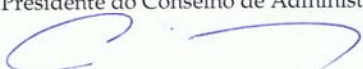
V/ Referência	Data	N/ Referência	Data
		S-HDES/2007/	2007-05-29

**ASSUNTO: PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO – Trabalho no âmbito do XIII
Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem “Vivências do
Adulto com Amputação do membro Inferior”**

Em resposta ao pedido mencionado em epígrafe, junto envio a Deliberação do Conselho de Administração e parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital do Divino Espírito Santo.

Cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


Armando Ademar Monteiro Anahory

ANEXO III
Guião da entrevista semi-estruturada

Ficha de Identificação

- 1) Idade: _____ anos
- 3) Estado civil: _____
- 3) Tem filhos? _____ Quantos? _____
- 4) Escolaridade: _____
- 5) Actividade profissional:
- a) Antes da amputação: _____
- b) Actualmente: _____
- 6) Há quanto tempo foi amputado? _____ anos.
- 7) Qual o nível da amputação?
- a) ☐ Abaixo do joelho (transtibial).
- b) ☐ Acima do joelho (transfemural).
- 8) Qual a causa da amputação?
- a) ☐ Vascular.
- b) ☐ Traumática
- c) ☐ Outra. Qual? _____
- 9) Tem prótese?
- a) ☐ Sim
- b) ☐ Não
- 10) Meios auxiliares da marcha: _____

Guião de entrevista semi-estruturada

Tema: Vivências da mulher com amputação do membro inferior.

Objectivos:

- ✓ Conhecer as vivências das mulheres, em idade adulta e da Ilha de S. Miguel, com amputação do membro inferior;
- ✓ Saber de que forma a actuação da enfermagem influenciou as vivências das informantes no contexto da amputação.

	Objectivos específicos	Formulário de perguntas	Observações
Bloco 1 (1º contacto)	-Explicar o tipo de estudo e a sua finalidade; -Esclarecer que, caso aceite participar no estudo, serão respeitados todos os princípios éticos; -Informar sobre a importância de assinar o consentimento informado.		
Bloco 2 (Definição do informante como pessoa)	-Introduzir o tema central do estudo; -Conhecer, em termos gerais as características do/a entrevistado/a.		-Estar atenta ao estado emocional do informante
Bloco 3 (O momento da amputação – antes e após imediato)	-Conhecer as vivências do entrevistado no momento imediatamente anterior e posterior à amputação; -Identificar o papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem.	1) O que sentiu quando o informaram de que tinha de amputar o membro inferior? 2) Após a cirurgia, quando realmente se deparou com a realidade da amputação, como reagiu/ o que sentiu? 3) Durante o internamento os enfermeiros contribuíram, de alguma forma, a ultrapassar a situação que estava a vivenciar? De que forma? 4) E após a alta (no que diz respeito aos enfermeiros de cuidados de saúde primários)?	
Bloco 4 (Adaptações)	-Conhecer que tipo de adaptações o informante sofreu nos vários níveis da sua vida; - Identificar o papel desempenhado pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários	5) A amputação do membro inferior a que foi submetido, a que nível influenciou o seu dia a dia? (nas actividades de vida diárias, na vida familiar, na vida conjugal, na vida social, na imagem que tem de si/do seu corpo.	
Bloco 5 (Diferenças e semelhanças antes e depois da amputação)	-Identificar o grau de ruptura/continuidade introduzida aos vários níveis na vida do informante.	6) Quais as adaptações/ reestruturações que teve de efectuar na sua vida após a amputação?	

ANEXO IV
Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Marina Sofia Quitério Marques, a frequentar o XIII Mestrado de Ciências em Enfermagem – Turma B, pelo Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, pretende realizar um estudo de investigação sobre as **“Vivências da mulher com amputação do membro inferior”**, sendo orientadora da tese a Professora Doutora Amélia Lopes. Para o efeito, surgiu a necessidade de colher dados a mulheres em idade adulta e amputadas ao membro inferior, a fim de realizar uma entrevista semi-estruturada.

Neste sentido, achamos pertinente esclarecer, desde já, determinados aspectos que pretendemos cumprir rigorosamente:

- a) O uso da informação que pretendemos é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros;
- b) O trabalho destina-se a conhecer as vivências dos adultos da Ilha de S. Miguel com amputação do membro inferior;
- c) Os dados serão colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, com gravação áudio;
- d) A selecção dos informantes será de acordo com os critérios de elegibilidade;
- e) Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- f) A participação dos informantes é voluntária;
- g) A confidencialidade e a privacidade dos informantes ficarão completamente salvaguardadas;
- h) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamações relativamente a este estudo, os informantes podem contactar a autora deste trabalho, sempre que julguem necessário, através do telefone 296302280 (Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada);
- i) Após a conclusão do trabalho de investigação a cassette da entrevista será destruída, bem como o consentimento informado.

Compreendi as explicações que me foram fornecidas sobre o trabalho de investigação a ser realizado. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e aceito participar no estudo.

Data: ___/___/___ Assinatura da Participante _____

Eu, _____, abaixo assinado, expliquei os objectivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correcto entendimento.

Data: ___/___/___ Assinatura da entrevistadora _____

ANEXO V
Transcrição da entrevista

ENTREVISTA 1**Duração:** 39 minutos**###:** incompreensível

Inv. – D. Elisabete quando, isso antes de cortar a perna, quando lhe disseram, só quando lhe disseram que tinha de cortar a perna como é que se sentiu? O que é que pensou?

E-1 – Muito mal...

Inv. – Mal.

E-1 – A primeira pessoa que me disse que eu não podia beber água era o rapaz da limpeza até qu'eu portei-me mal, fui mal criada...porque ele disse-me: "a Sr^a não pode beber água porque a Sr^a amanhã vai cortar a perna" e eu disse: "corta a tua"; eu portei-me mal, fui mal criada. No outro dia levaram-me para o bloco...

Inv. – Mal criada...quer-me dizer...haaa...

E-1 – Irritada, nervosa, muito nervosa.

Inv. – Nervosa.

E-1 – Eu disse: "corta as tuas pernas não é as minhas!", porque ninguém gosta.

Inv. – Quem é que lhe disse que tinha de cortar a perna?

E-1 – O Sr. da limpeza que não quis me dar água. O médico já tinha dito à minha família, mas elas disseram que não me diziam, ele disse que ia me dizer mas nunca me disse. Ele (referindo-se ao médico) ia-me cortar de manhã e eu não quis, voltei para trás e disse que as minhas pernas ninguém as cortava...a perna começou a rebentar toda assim com às bolinhas, às bolinhas e ao cabo de oito dias eu cortei...quem me cortou foi o Sr. Dr. Luis..., não é Luís é Márcio Neto.

Inv. – Sim, sim...

E-1 – Porque o outro tinha-se ausentado. Mas quem me amanhou a mão foi a Dr^a Eulália Monteiro.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Eulália Monteiro, exactamente! Também não tenho nada a dizer dela.

Inv. – Mas podia-me dizer... para eu entender melhor; quando diz que se sentiu muito mal quando lhe disseram que tinha de cortar a perna, pode falar-me mais sobre isso?

E-1 – Eu fui muito má-língua por isso eu não quero falar disso.

Inv. – Não...Sentiu-se mal?

E-1 – Senti-me como se fosse uma morte.

Inv. – Uma morte.

E-1 – A minha perna está hoje enterrada no cemitério, foi como uma morte para mim... (silêncio)

Eu senti desgosto e tudo como uma morte (apresentava fâcies triste e olhos brilhantes). Eu dizia mesmo: "eu quero morrer e não quero cortar a minha perna" e o Sr. Padre disse-me assim: "Oh filha não fales assim! Tira esse pedacinho do teu corpo para dares a vida ao resto."

Vejo isso tudo como se fosse hoje.

Eu fiquei...peguei a chorar, como é que eu agora ia cortar as minhas pernas..."corta as tuas, corta as tuas...a minha vida era assim. E o homem deixou-me da mão e não me disse mais nada; não me quis dar água porque eu ia cortar a perna.

O meu marido depois falou comigo: "tu devias ter deixado cortar porque isso é para teu bem, ###"; a minha filha também. Eu fiquei calada e peguei a chorar e depois disse assim: "seja feita a vontade de Deus e não a minha"... primeiro a vontade de Deus do que a nossa.

Inv. – Portanto, a primeira reacção foi: não quis deixar cortar a perna.

E-1 – Foi, mas depois o meu marido, o Sr. padre, as enfermeiras disseram que isso tem de ser...Uma Sr^a que cortou no mesmo dia de mim, ###, falou comigo: "oh mulher deixa, eu deixei oh mulher"...Então eu pensei; a perna ficou toda assim às bolas, cheia de pus, a doer...e eu deixei cortar.

Inv. – Consegue explicar porque é que teve essa reacção de não querer cortar, o que é que sentia?

E-1 – Eu sentia raiva deles todos, tanto da família como do Dr.

Eu queria que ele me tivesse dito, ou mesmo a minha família que me fosse dizendo assim: “hoje ou amanhã, olhe a mamã vai ter paciência”, ou “minha sogra”, que era a minha nora, ...”eles dizem que isso está previsto é para se cortar”, eu estava contando..., agora de chapada: “vais cortar.” ...também se fosse a Sr^a enfermeira não ficava bem disposta! De chapada...ouviu logo: “oh! Cortar a minha perna? Corta a tua! E eu fiquei revoltada.

Inv. – Revoltada.

E-1 – Depois..., porque quando eles me disserem eu chorei muito e eu pedi muito a Deus, mas a minha conversa era sempre a mesma: “primeiro a vontade de Deus que a nossa”, foi o que eu disse a eles...depois o meu marido “oh mulher já se sabe que isso custa” (referindo às palavras do marido).

Ai como é que eu vou cortar o meu corpo em vida? Um bocadinho da minha perna para o cemitério, como é que vai ser?

E eu levei, levei...e o ### disse: “Elisabete tu hás-de deixar, tu hás-de deixar que isso não te vai fazer mal, isso é para teu bem...”

Então fiquei convencida...chorei muito quando fui para o bloco; ###, quando eu saí tinha a minha família toda cá fora, o meu marido, a minha filha que é só aquela, a minha nora, o meu filho ###.

E a primeira coisa que eu fiz foi esticar a perna para ver se eles me tinham deixado o joelho.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – E a minha filha disse-me: “mamã! A mamã tem o joelho”, porque ele disse-me (referindo-se ao médico) sempre que ia cortar-me a perna acima do joelho.

Inv. – Diga-me uma coisa, essa revolta que sentiu inicialmente foi mais por ter tido a informação, de lhe terem dito muito em cima da hora...

E-1 – Foi na hora.

Inv. – Não teve tempo de...

E-1 – De nada...foi coisa de ###, eu estava vendo a festa do Sr. Santo Cristo na televisão, porque eu levei a televisão pequenina que estava no quarto do meu filho, lá para baixo (referindo-se ao hospital). Eu estava vendo a festa do Sr. Santo Cristo, nunca mais me esquece...o Sr. padre estava dando a consagração e assim...e o Dr. entrou e disse: “heem prepara-te que terça feira vais cortar os dedos”. Isso não é modos de falar com os doentes.

###, eu fiquei assim (fez uma expressão de surpresa), fiquei que nem uma tola! Tinha uma velhinha ao meu lado que disse assim...

Inv. – Ficou que nem uma tola...

E-1 – Eu fiquei tola, eu não tive boca para dizer nada, nem sim nem não.

Na hora da visita quando a minha família foi, aí é que eu chorei muito que eu ia cortar os dedos e o meu homem disse: “hoou...mais dedos menos dedos, eles não vão fazer falta”, mas alguma coisa eles houveram de dizer...

Inv. – Concerteza...

E-1 – Aí,...e eu fiquei assim...

A Sr^a que estava ao meu lado era uma pobrinha, disse-me assim, velhinha já, disse assim: “agora...ele aguardasse isso para quando acabasse a missa”, porq’ela estava mais eu, cada uma com o seu terço vendo a missa ###, porque aquele quarto era de três camas e tinha só..., ao meu lado não tinha ninguém, era eu e outra Sr^a ... foi assim!

Inv. – Diga-me uma coisa, depois da operação, de ser amputada e de se deparar mesmo já sem a sua perna, como é que reagiu? Como é que se sentiu?

E-1 – Eu senti-me sempre que...chorava, lastimava muito que ### e fazia um pranto à tarde.

Inv. – Lastimava?

E-1 – Lastimava, dizia: “ai que sorte foi a minha, Nosso Senhor foi-me dar isso...”, é isso, lastimava, mas depois quando o Dr. disse que eu ia para a fisioterapia, porque eu fui logo. A ferida, a costura fechou muito bem e ele (referindo-se ao médico) disse: “Ai a Sr^a não se ponha assim, a Sr^a. vai por uma prótese, a Sr^a. vai ficar...”, o que foi que ele me disse?...haaa “não vai a Lisboa, é tudo aqui”.

Eu disse-lhe que era pobre e que não podia por uma perna, e ele disse: “não, não! Não paga nada; a Sr^a. vai e vai-se ver”.

Eu fui e dei-me bem, aí é que eu fiquei mais animada...quando soube que ia por a perna (prótese).

Inv. – Ficou mais animada.

E-1 – Quando ele disse que eu ia por a perna. E vou-lhe dizer uma coisa, e agora meter-se na minha cabeça que eu ia andar com uma perna só!

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Eu cheguei a dar pulinhos...### na fisioterapia, mas uma coisa não dá como se fosse com as duas pernas...

Inv. – Sim, sim...

E-1 – Eu até quando eles levaram a minha prótese, a minha perna ###. Depois eu disse que se a minha sorte é esta, pois que seja feita a vontade de Deus. Foi o que eu nunca desanimei foi contra a vontade de Deus, ele ajudou-me muito. Tive sempre uma grande força sempre com Deus, com Deus, com De...não tenho agora o meu santinho muito perfeito é o Coração de Jesus.

Inv. – Quando diz “nunca desanimei, nunca desanimei”, o que é que a sr^a quer dizer com isso?

E-1 – Tive sempre força!

Inv. – Teve sempre força.

E-1 – Deu-me foi muito fastio que eu não queria comer a comida do hospital, a minha filha é que levava, e a outra (referindo-se à nora), e eu também sou diabética. As enfermeiras levavam os comprimidos; estavam sempre controlados (referindo-se à Diabetes), eles andam sempre bons quanto mais ali (no hospital)...comia...credo! O que elas brigavam comigo: “tens de comer!”, não tenho que dizer.

A minha filha butava-me a comida na boca ao meio dia e a minha nora butava-me à noite, porque elas nunca iam juntas p’ra cada uma ficar assim...

Eu fiquei com força lá. Depois vinha uma e dizia: “heee mulher isso vai ficar muito bem, mulher tu estás tão boa, tu vai reagir vais pôr uma perna...”, eles dizem prótese mas eu digo sempre é perna, “...vais por uma perna!”

Inv. – Sim, sim...

E-1 – Disse ao Sr. Dr. disse: “he Sr. Dr. eu sou pobre...”

Inv. – Quer-me dar alguns exemplos do que pensava para sentir essa força?

E-1 – Muita confiança em Deus, querida. Eu tinha nos Dr. mas também tinha muita em Deus, porque a ciência está adiantada mas se Deus não quiser nada é feito.

Inv. – Humm, humm...

E-1 – Eu tinha muita confiança nos Dr., nas Sr^a. que me faziam os pensos, tudo, tudo...

Inv. – Quer-me dizer que ia buscar muita dessa força à sua fé?

E-1 – E também com os enfermeiros, com tudo...aquelas meninas que estavam estagiando (referindo-se aos estudantes de enfermagem em estágio) aquilo eram santas, um dia iam falar mal delas e eu não deixei!
(risos)

Eu estou vendo quando ela me tirou sangue ... ###, eu disse: “tudo devagarinho, tudo vai dar certo...vamos lá, estás com Deus”...###.

Depois eu fui fazer o exame aqui nas virilhas, não sei como é o nome, e quando eu fui para baixo eu pedi à enfermeira para deixar eu levar aquela pequena (estagiária) comigo, ###, e eu levei-la! E ela disse-me que aquilo era só anestesia local; quando acabou eu disse: “hah, eu gostei, tu és muito boazinha, gostei de te ter aqui, eu vou-te dar um beijo, tu queres?” e ela disse que sim.

Inv. – Humm, humm.

E em relação aos enfermeiros do serviço, aquilo que a Sr.^a sentiu e que já me esteve a dizer...o chorar, aquela raiva, que se sentia revoltada...

E-1 – Por causa de não me terem avisado aos poucaxinhos.

Inv. – Humm, humm. Eles fizeram alguma coisa...

E-1 – Ficavam calados, viravam as costas; nunca me responderam, nem bem nem mal. Viravam as costas! Às vezes à noite diziam: “É claro que custa.”, mais nada!

Inv. – Nunca lhe falaram para a ajudar a tirar desse sentimento, disso que estava a sentir, ou para descobrir...

E-1 – Não, não.

Inv. – Saber o que a Sr.^a estava a sentir...? Porquê estava a chorar?

E-1 – As Sr.^a de bata amarela (referindo-se às pessoas do voluntariado) sim, eles não. Diziam só: “outra vez a chorar? Tem dores?” e eu dizia assim: “no coração e essas não se podem curar.”

Inv. – No coração.

Quando a Sr.^a falava no coração, essas dores do coração, o que é que os enfermeiros...

E-1 – Nada, não diziam nada...nem bem nem mal.

Eu dizia: “dores de coração que essa não há comprimidos p’ra sarar!”...eu dizia a eles.

“ Oh Sr.^a! A Sr.^a que não se ponha assim!” (referindo as palavras dos enfermeiros) ...Tinha um que, ... não me lembro do nome... ria-se, dizia alguma treta, alguma coisa...

Inv. – Quando lhe diziam “não se sinta assim”, está-se a referir...que ligavam...

Acha que eles ligavam, que tinha importância aquilo que a Sr.^a estava a sentir?

E-1 – Eles diziam assim: “a Sr.^a não se ponha assim...”, mas também não diziam mais nada.

Inv. – Hamm, hamm.

E-1 – Ou eles tinham vergonha ou receio para não me ofender, porque de repente podem vir com uma conversa que a gente não quer e de repente agente ofende o outro.

Eles só diziam: “oh Sr.^a não se ponha assim, vai tudo correr pelo melhor”...o que é que eles me houveram de dizer? Também concordo, o que é que eles me houveram de dizer?

Inv. – Humm, humm.

Nunca lhe sugeriram estratégias, assim, formas de lidar com essa sua tristeza? Como disse que estava triste e que chorava, nunca lhe...

E-1 – Não. Eles não me desanimavam, também!...era tudo dentro disto: “tudo vai dar certo, tudo vai dar certo”.

Quando eles me davam, eram mais de seis comprimidos, eu dizia assim: “eu como mais milho que as galinhas!”; tive um princípio de anemia, davam-me um frasquinho assim pequenino...ai credo! Mas eu punha à boca não tomava o gosto, eu punha e deixava correr.

E agora eu tinha uma ao pé de mim que dizia assim: “he mulher!”...Eu estou aqui é para me tratar, tou inquieta para ir para casa, quero ir é para minha casa, para os meus filhos, quero é me tratar...

Inv. – Concerteza...

E-1 – Eu tomava tudo, eu fazia tudo quanto eles me diziam, ###, alguns punham os comprimidos fora, mas eu nunca fiz nada disso, nunca.

Inv. – Depois de ter alta do hospital, os enfermeiros do Centro de Saúde...

E-1 – Fazer o penso?

Inv. – Sim.

E-1 – Não, não; não quero nada com a Casa do Povo, com o Centro de Saúde, eles desgraçaram-me!

Quem me fazia o penso era a Enfermeira Antónia. Não fui eu que pedi, quem pediu foram aquelas de bata amarela, ###, pediram e eu ia fazer o penso lá abaixo, era aí

que eu fazia o penso. Depois eu tive muitas bexigas, ###, a minha filha foi um dia falar com ela (referindo-se ao enfermeiro) e ela disse que me fazia.

Inv. – Ia então fazer o penso aí...

E-1 – Era para ir de ambulância, mas leva muito tempo...eu tinha o carro de casa, elas disseram que pagavam-me a gasolina mas eu também não quis; não paguei nada nas coisas, também uma pinguinha de gasolina dali a minha casa, a Sr^a está a ver a distância...

Inv. – Exacto.

E-1 – E eu também não quis, não quis ser exigente. Porque o meu marido leva o carro, vai para o hiper ###, também não quis ser...também digo a verdade, se eu morasse mais longe, querida eu também sou pobre, mas também assim também não quis.

Inv. – Nessa situação, quando ia fazer os pensos a enfermeira lá...

E-1 – Muito boa, muito boa. ###

Inv. – Muito boa. Quer-me explicar? Muito boa em que sentido?

E-1 – Na situação de tratar, dava-me uma ampolazinha de por nas feridas...dizia-me assim: "oh filha tem paciência!",...fazia assim com a gase (fez o gesto de toque suaves), muito boa, não tenho nada a dizer.

Inv. – Em termos de tratamento?

E-1 – Em termos de tratamento.

Inv. – E no que se relaciona com aquilo que sentia?

E-1 – Ficava mais animada, porque elas também me tratavam muito bem.

Inv. – Tratavam muito bem.

E-1 – Ficava animada e tinha amor a elas, porque se elas fossem escoicinhar comigo, eu também escoicinhava e ainda ficávamos odiosas uma com a outra.

Inv. – Ficava mais...

E-1 – Tinha lá uma...eu não gostava só de uma! Mas ela nunca me disse nada, era o feitio que ela tinha, chegava ao pé das pessoas e atirava as coisas.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Ela nunca me disse isso assim. Até fiquei admirada num dia que ela veio de férias e me disse assim, ###, ela disse-me assim: "hoo! A Sr^a ainda está aqui, eu fui de férias e vim e a Sr^a aqui."...é, foi má atitude que ela teve, mas eu não quis dizer nada; e ela ainda apuxou por coisas para eu dizer.

###.

Outra coisa que eu vou dizer, elas ficam ao pé da gente para ver se a gente bebe, porque muitas vazam fora.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – E ela dizia assim à outra: "eu estou aqui porque eu quero, porque esta Sr^a bebe tudo!"...era um garrafinho assim porque eu tive uma anemia, ###.

Inv. – Agora, voltando um bocadinho atrás, quando disse que ficava mais animada, a enfermeira era muito boa a fazer o tratamento...e ficava mais animada, explique-me porque é que ficava mais animada.

E-1 – Ela olhava para mim e dizia: "está a correr tudo muito bem, está tudo muito bonzinho, lá por a Sr^a ser diabética a Sr^a vai-se dar muito bem com a outra perninha". Ela animava-me tanto e então eu ficava animada.

Inv. – Animava-a em relação ao aspecto da perna?

E-1 – Da perna: "ai está tão boa, apesar de ser diabética, os pontos estão bons" (referindo as palavras da enfermeira), e eu ficava feliz porque isso é uma conversa muito boa para o doente.

Inv. – Concerteza.

E-1 – E alguma vez lhe perguntou como é que a Sr^a se estava a sentir?

Inv. – Sim, ela dizia: "estás triste hoje?", porque ela chamava-me por tu, ###, muito bem, e eu dizia a ela: "ai, eu tou-me sentindo muito bem", (e a enfermeira respondia) "assim mesmo é que eu quero, assim é que eu gosto de te ver".

Não tenho nada que dizer; nem daquelas da porta que vinham logo com a cadeira, ajudavam-me, porque eu ajudava com uma perna e elas diziam: "oh corisca mulher! Vai logo de pulo para a cadeira", porque eu queria fazer aquilo tudo sozinha.

E-1 – Diga-me agora, só para ver se realmente é aquilo que eu entendi está certo. Os enfermeiros ligavam mais à parte do tratamento, se estava bom e davam-lhe mais indicações se estava bom ou se não estava...

Inv. – Eles diziam sempre que estava bom.

E-1 – Do que à parte da tristeza, do choro? Não ligavam tanto a essa parte?

Inv. – Deixavam-me fazer como eu queria. Eu tive uma vez um enfermeiro que me disse que também chorando é bom, alivia o coração.

E-1 – Chorando é bom, alivia o coração.

Isso não foi conversa também que ele não me dissesse.

Uma vez eu fui ao meu Dr. Agostinho, já tinha a perna cortada, tinha a perna ###, eu chorei muito quando falei com ele, porque ele era meu médico há muito tempo...

Inv. – A Sr^a chorava...

E-1 – Chorava...chorava! Desanimava muito.

Inv. – Porquê?

E-1 – Era uma desanimação que eu tinha. E agora quando...eu contive-me agora... porque quando eu falo dessas coisas dá-me é para chorar (apresentava fâcies triste).

Inv. – O que é que sente para chorar?

E-1 – Sinto assim uma dor...a Sr.^a nunca teve uma dor de família? Uma dor...eu tive aquela dor, credo! A minha perna...

Eu tive um ano que não fui à minha Igreja, o Sr. padre vinha a minha casa, o Sr. padre é um anjinho, é que quis.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Ele não mata ninguém, Nosso Senhor só ajuda a curar.

Mas vou-lhe dizer uma coisa! Eu fui ao local da Igreja, aí que chorar...chorei! Senti-me, apesar das lágrimas, senti-me feliz dentro da Igreja e de ver Nosso Senhor.

Inv. – Quando foi à Igreja sentiu-se feliz.

E-1 – Senti, senti. Subi o átrio, de me sentar lá, fiz como o Sr. Dr. Silva me disse, a perna boa vai na frente e sobe; quando for a descer a perna doente vai na frente e a outra atrás; foi uma excelente pessoa... o que eu tenho a dizer porque se fosse ao contrário eu também dizia.

No dia que eu fui à Igreja disse mesmo a Deus "não tenho palavras para te agradecer", chorei poderios também.

Andar é uma coisa e não andar é outra; eu cheguei a andar de gatinhas.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – A minha filha começou a ficar grávida, eu é que tomava banho...heee, ela é que me lavava, agora é que pronto...

Inv. – Em termos da sua vida, do que fazia, do seu dia a dia, houve algumas alterações? Acerca da sua lida diária, aqui em casa.

E-1 – Já se sabe que foi! É uma casa com muita lida, a minha filha grávida.

Inv. – Muita lida.

E-1 – Dois filhos, com tudo aqui em casa, o mais moço teimoso e rebelde estava na escola e estava muito cheio de mimos. Eu penei para o tirar da minha cama, foi quando eu fui para o hospital é que ele perdeu e foi para a cama dele, porque ele queria era a minha cama e eu penei para ele ir para o seu quarto, aí é que ele perdeu, mas aquele tempo todo ele dormiu foi com o pai.

E quando vim do hospital para casa estranhei muito, "he! que cheiro é esse, que é isso?" (estava-se a referir que até achou estranho o próprio cheiro da casa).

Inv. – Estranhou muito...

E-1 – Estranhei, gostei de estar lá (no hospital), não que os meus filhos me tratassem mal, nem nora, nem família, nem vizinhos...eu não tive ninguém que me tratasse mal. Até umas pessoas que eu não conheço vieram-me ver e eu recebi-las bem, elas vieram-me ver porque estavam interessadas; tive muita visita, tive uns colegas de

outras localidades, tive muita, muita...até um colega de outra Ilha esperou que eu chegasse a casa para me vir ver que ele ia-se embora, ###; os meus tios que estão no estrangeiro telefonavam, quer dizer, os irmãos da minha mãe, para o hospital, telefonavam p'ra casa também.

Agora...eu senti, quando eu cheguei a casa, eu queria dobrar roupa, queria fazer uma coisa, queria fazer outra...

A minha filha dizia: "he Sr^a, a minha mãe que sossegue p'raí "

Inv. – Quando diz que tinha muita lida, dê-me exemplos dessa lida, tal como me estava a disse o dobrar a roupa.

E-1 – Lavar a cozinha.

Olhe! Eu no hospital cheguei uma vez que eu tinha saudades da vassoura e a Fernanda, com aquele geitinho assim, comprou-me uma pá do lixo e uma vassourinha pequenina que eu ainda tenho ali (risos), e disse: "toma lá que é para quando chegares a casa limpares os miolos da mesa, e tenho-a aí.

Inv. – Sentia saudades...

E-1 – Da minha vida.

Inv. – E quando regressou houve diferença na...

E-1 – Depois quando eu cheguei da mãozinha (referia-se quando regressou do hospital após ter efectuado amputação de falanges de dois dedos da mão), comecei a dobrar uma roupinha à minha filha, ela não queria... mas, "hee mulher eu estou aqui na cadeira de rodas", também via e decidia. Depois peguei numa agulha e dando um ponto num peúguinho agora, outro logo...se doía eu deixava, e depois tornava outra vez.

Inv. – Dê-me exemplos daquilo que costumava fazer normalmente, dessas lidas, como disse, dessas pequenas lidas que costumava fazer normalmente, e que quando chegou a casa não conseguia fazer. Dê-me exemplos.

E-1 – Era de tudo. Não podia limpar o pó do quarto, não podia fritar peixe, agora é que eu passo roupa porque não podia passar roupa e passo é sentada

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Baixaram-me a mesa, o meu marido, e é com um banquinho sentada; vim para este quarto (referindo-se ao quarto situado no rés do chão da casa) para não subir escadas, agora já subo as escadas, o meu marido pôs um corrimão para eu pegar nele, e assim.

Inv. – Foi então em termos de cozinhar e de...

E-1 – Da vida de casa! Limpar a casa, limpar e arear a casa de banho...sabe o que é a vida de casa...é limpar, é isso...é que eu também queria fazer, queria fazer, a minha nora dizia-me: "mas que mulher teimosa", mas eu queria fazer; primeiro custava-me muito a virar as calças de ganga mas eu ia devagarinho, devagarinho até conseguir.

Inv. – Humm, humm.

Foi, então, o cozinhar, o cozer...

E-1 – Gostava muito de jardinar nas plantas, quando eu cheguei a casa estavam mortas, mas pronto...

Inv. – Na altura quando chegou também não podia tratar...

E-1 – Tinha também a mão toda ligada, ia fazer o penso lá abaixo, quem me fazia o penso era a Antónia.

A Casa do Povo foi muito má para mim, disse-me que eu tinha uma erisipela, deixou-me arrebeitar os dedos, deixou-me toda...e a medicação toda trocada, o Tomé Aguiar, que é o meu médico de família e deu-me isso.

Inv. – Falou-me em termos do seu dia a dia, dessa alteração que houve quando teve alta. E a nível familiar? Houve alterações a esse nível?

E-1 – Eles vinham todos vir comigo. Não era de costume eu ir para casa delas, só pelo Natal, agente falava-se quando há uma doença...mas, elas ajuntaram-se todas e iam ao hospital e vinham todos aqui a minha casa, pelo menos ao sábado e ao domingo à noite elas juntavam-se e...sempre a telefonar a perguntar...

Tenho uma prima que o irmão dela era irmão do meu pai, o meu pai já morreu o dela é vivo, ela é como uma irmã para mim, telefonava-me e tudo...

Inv. – A esse nível, não houve alterações? Foi tudo igual?

E-1 – Não, não. Agora já telefonam menos, já que eu agora estou boazinha. Se me verem...esteve um colega do estrangeiro, teve aqui...estava em casa mas vinha aqui, jantou com a gente, ###, fomos até às Furnas, quiere-se dizer!

Inv. – Em termos da convivência...

E-1 – Continua.

Inv. – Era igual como antes de ser amputada?

E-1 – Continua tudo na mesma.

Inv. – E..., agora vou-lhe fazer outra pergunta em relação à sua vida conjugal, com o seu marido, continua igual?

E-1 – Às vezes aborrecida que eu sou porque ele não faz caso, porque se ele fizesse caso a briga chegava à ### (risos), ele sempre foi muito calmo, eu fui mais...sempre fui mais espinhada. Os primeiros tempos...sou muito aborrecida; recebi muita anestesia, também estava aborrecida...ele dispensava e eu ficava tão ruim, queria resposta.

(risos)

Inv. – O que é que a Sr^a quer dizer com isso que queria resposta? Consegue-me dizer?

E-1 – Queria resposta para tornar a dizer.

(risos)

Ao menos quando dissesse tudo eu também queria...

(risos)

Quando ele dizia estás por tua conta!...aquilo para mim...

O meu marido sempre foi uma pessoa muito calma eu mais heee...

Inv. – Em termos de relação de casal, da Sr^a com o seu marido, logo quando teve alta sentiu então...

E-1 – Eu já tinha vindo a casa em fins-de-semana, eu não me lembro mas o meu marido acordou e eu estava toda branca, toda passada, chamaram a ambulância e eu fui para baixo...quando eu acordei, já no hospital, tinha sido uma baixa de diabetes e ###, aí eu ainda tinha a perna mas não sabia que a ia cortar...eles fizeram muito mal em não me dizer

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Eu não quero dizer...agora, se me dissessem assim: “mamã vais cortar a perna” ou o meu marido chegasse ao pé de mim e dissesse: “oh Elisabete, isso está mal, isso é o melhor...” essas coisas que...está percebendo? Já estava aí mais quente e quando o Sr. me disse que eu ia cortar a perna eu não ia portar-me daquela maneira; ele também foi muito compreensível, porque ele nem fez caso.

Inv. – Se me permitir, eu vou-lhe fazer uma pergunta ainda mais íntima. Em termos da sua sexualidade com o seu marido...

E-1 – Muito pouca agora, porque eu tenho veias plásticas (refere-se ao *by-pass*), porque elas vão por aqui (apontou para a região inguinal) e aqui...e o meu marido também já tem cinquenta e seis anos e eu cinquenta e um, não se pode dizer somos velhos, mas com muito cuidado que ele tem...então, muuuito cuidado!

Eu estou laqueada já há catorze anos, veja a menina!

(a cassete terminou, fez-se uma pausa enquanto virei a cassete).

Inv. – Como me estava a dizer então...agora, está laqueada à catorze anos, não é? Disse que em relação a antes de ter sido amputada e agora houve uma diminuição...

E-1 – Muuuito, muito diferente, mais nova...

Inv. – Diferente.

E-1 – Diferente. O meu marido nunca conheceu outra mulher se não eu e eu também nunca conheci outro senão ele.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Naquele tempo ele foi para o Ultramar...eram as coisas que se usavam.

Era muito diferente! Mas a também a idade vai...e ele também compreende a minha situação.

Inv. – Também compreende a sua situação.

E-1 – Compreende sim senhora.

Inv. – Quer-me explicar...

E-1 – Há pessoas que dizem que o marido...não senhor, não tenho essa razão de queixa dele.

Se eu me aborrecer, ou sujar-me isso que eu não possa limpar ele ajuda-me a fazer isso,

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Ai isso se for preciso! Não é agora limpar a casa...mas um cesto de roupa que eu tenha de cuidar, que eu não possa trazer ele pega, uma coisa ou outra, agora dizer, assim, que vai limpar a casa não, porque ele não gosta; mas o meu mais moço (referindo-se ao filho) pega, faz, misericórdia...

Inv. – A razão pela qual a Sr^a diz que modificou a sua actividade sexual desde que amputou, é mais pela sua parte?

E-1 – Pela minha parte também e ele tem muito cuidado, pois se arrebentar com isto (refere-se ao *by-pass*) vão pensar no hospital que eu fui um cavalo e...ainda qual era a pressa.

Inv. – E a Sr^a porque é que...

E-1 – Não dá, não dá forças.

Inv. – Não dá forças.

E-1 – Os comprimidos também tira muito.

Inv. – Tira muito.

E-1 – Muuito, porque é uma medicação muito forte, tira a vontade, mas agente lá se vai entendendo com isso.

Inv. – Concerteza.

Em termos da sua vida social, antes a Sr^a costumava sair, ...

E-1 – Ia à cidade, ia à missa, ia ao hiper, visitar as minhas amigas, as minhas colegas...essas coisas eu gostava muito de ir...até na Páscoa...

Costumava ir muita vez ao cemitério

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Depois morreu-me um irmão há quatro anos, com trinta e seis anos, ###, isto Mara mim também foi...mas eu estava a dizer, eu ia, chegava de repente até ali ao meu portão, via com uma vizinha, a gente falava um bocadinho, antes, mas agora elas vêm ter comigo...ainda há um bocadinho veio uma ter comigo.

Inv. – Vem ter consigo.

E-1 – “Ai, eu não te vejo desde não sei que dia, como é que estás?” (referindo as palavras das vizinhas), “ olha! Boazinha.”...se têm tempo falo um bocadinho, se não têm vão-se embora.

Inv. – Porque é que vêm ter consigo ...

E-1 – Porque elas gostavam de mim e eu delas.

Inv. – A Sr^a então, quer-nos dizer que deixou de sair...

E-1 – De sair, mas também quando precisarem eu estou aqui, eu disse a elas, para tudo. As mães morreram e eu ajudei elas ###. Elas vêm ter comigo.

Inv. – Elas é que vêm ter consigo? A Sr^a não vai? Já não...

E-1 – Vou, vou, mas só uma vez por outra, sinto-me cansada.

Inv. – Diminui mais essas suas saídas?

E-1 – Eu vou um bocadinho até à minha eira e elas vêm ter comigo, agora de Verão, ### elas “o que é que estás fazendo?” ou aquela que passa eu digo: ” oh mulher adeus...”, elas: “ai, não te via agora aí”; de Verão eu tenho umas cadeiras brancas, ###.

Eu tenho uma vizinha minha que chegou ontem de Lisboa, ###, ela já telefonou hoje para ver como é que eu estava, e eu disse a ela: “eu hoje estou à espera de uma Sr^a e

não posso...” senão eu tinha ido lá da tarde, como ela veio de fora, ia ver a ela e ao pequeno...hei-de ir amanhã se Deus quiser.

Inv. – Porque é que a Sr^a diminuiu essas suas saídas? Como ainda á um bocado disse que costumava ir ao cemitério...

E-1 – À Casa de Saúde, à...porque não posso.

Inv. – Não pode.

E-1 – Muita caminhada, não posso...a minha filha também tem a sua vida não vai andar atrás de mim com o carro. Já para ir comigo...ela vai mas...

Inv. – a sua filha não pode ir atrás de si com o carro.

E-1 – Não pode...tem aquele menino, está a fazer a sua casa, vai-se mudar...tudo muito direito, porque ela já quando se casou foi sempre para fazer a sua casa, só que...a câmara que é a pior coisa que temos aqui na freguesia...e ela agora já fez.

Ela sabia sempre, eu é que não sabia que ia cortar a minha perna...

Eu não gosto de ser espeto na vida dos meus filhos.

Inv. – Não gosta de ser espeto? O que quer dizer com isso?

E-1 – De os picar, não senhora, os meus filhos fazem as suas vidas.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Eles não têm culpa de eu cortar a perna aos cinquenta anos... porque, eu fui mãe aos vinte e um e depois fui aos vinte e dois e depois fui aos trinta e um e depois fui aos trinta e nove, que é aquele pequeno (apontou para uma fotografia), ####, eles não pediram para vir p'ró mundo, mas não gosto...gosto de repreender e de falar com eles como deve ser; tenho dois netos já muito grandes, um com sete anos, a outra com cinco, são duas rabanetas misericórdia!...####, tenho aquele pequenino, ...mas a vida dos meus filhos são suas.

Toda a vida se butaram nas minhas e eu não gostava...nem sogra, nem mãe, naquele tempo.

Inv. – Humm, humm.

E para sair, para fazer essas saídas precisava era da...

E-1 – De uma ajuda

Inv. – Da colaboração de outra pessoa, mais do que antes. É isso?

E-1 – Claro! Eu antes ia sozinha, deixava comidas...porque ela trabalhava (referindo-se à filha), ela agora não trabalha...deixava a comida, deixava tudo, era roupas estendidas e eu ia.

Inv. – A Sr^a ia sozinha...

E-1 – Sozinha, assim que essa vizinha puder eu vou a casa dela.

Inv. – Agora...

E-1 – Agora não! Não posso subir escadas, eu subo alguns degraus não é é muito degrau, e às vezes os elevadores estão avariados, eu não...esse meu sobrinho, esse consegue-me levar, credo! Mas é um sacrifício.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Isso é tudo certo.

(silêncio)

Inv. – Uma outra coisa,...em relação ao seu corpo, aquilo que sente em relação a si, ao seu corpo, à sua imagem, à imagem que tem de si...

E-1 – Olhe! Vou-lhe dizer estou muito mais magra, tenho uma pelancas na barriga, já não tenho aquele braço...porque eu era uma pessoa muito forte e alimentava-me muito bem, até agora alimento-me pouco, que eu não gosto daquelas comidas que me enjoam.

E eu acho o meu corpo feio.

Inv. – Feio.

E-1 – Sem perninha!...acho; e, haa perdi as minhas cores que eu era muito rosada, nunca mais as tive!

Inv. – Perdeu as cores.

E-1 – Perdi as minhas cores.

Inv. – Para ver se eu percebo, consegue-me dizer, para eu perceber melhor, sente que tem um corpo feio? É isso?

E-1 – Em mim, porque eu nunca digo a ninguém que o tenho.

Inv. – Mas consegue-me explicar...

E-1 – De manhã quando eu acordo, eu acho uma coisa sem perninha...mas Deus Nosso Senhor não quer mal a ninguém.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Mas não estou agora a reclamar, a reclamar ###

Inv. – Mas não consegue explicar-me melhor sobre esse sentimento de sentir-se...

E-1 – Sentir-me assim pois é um corpo doente.

Inv. – É um corpo doente.

E-1 – Eu sei é que ao por manteiga no pão cortei uma nica, a minha filha nem sequer soube disso, e isto custa muito a sarar...porque antes sarava num instante.

Eu levei pontos no meu corpo aos trinta e nove anos quando eu fiz a cesariana daquele mais moço.

Inv. – Humm, humm.

Então, tem uma imagem de si...

E-1 – Eu tive os meus filhos mais velhos muito rentes e eu pegava um em cada braço. Estou perdendo as minhas forças, vendo nas coisas que eu podia...não posso amassar pão, gosto muito de malassadas mas não posso fazer, mas...fazendo o que eu faço já é muito bom.

Inv. – Em termos de adaptações e reestruturações na sua vida ou aqui na sua casa, depois de ser amputada, teve de fazer alguma reestruturação, alguma adaptação?

E-1 – Tive de começar por andar de novo.

Inv. – A aprender?

E-1 – Aprender a comer, porque eu comia com esta mão (referindo-se à mão direita na qual tem amputação de falanges de dois dedos) e tive de voltar para esta (para a mão esquerda), teve muitas coisas que mudou.

Inv. – Muitas coisas que mudou...

E-1 – Sim, a minha faca tem um quadradinho assim, que a minha filha me comprou porque ela ###, para descascar as batatas, porque elas (referindo-se às fisioterapeutas) na fisioterapia mandavam-me descascar uma maçã, mandavam-me descascar uma batata, uma laranja e a minha filha amanhrou-me essa faquinha.

Inv. – Comprou-lhe essa faca de propósito só para...

E-1 – Só para descascar.

Mas,...eu ia dizer mais qualquer coisa...Ahh! Eu calço agora é só sapatos não uso chinelos; baixaram-me os degraus das portas...###.

Inv. – Desculpe mas não percebi, baixaram-lhe os degraus?

E-1 – Baixaram-me os degraus das portas para eu poder andar. A seguir, a minha cama para eu por de lavado, a dos meus filhos não, mas a minha o meu marido pôs umas tábuas para pô-la mais para o ar.

Eu tenho as coisas todas a bem dizer ao meu meio de viver...máquina de lavar, a de secar, já tinha!

Eu não consigo pegar numa cafeteira carregada de água para fazer chá, o meu marido comprou-me uma cafeteira eléctrica, eu já tinha a do café ### comprou-me uma de chá, porque eu gosto muito de chá à noite, para eu fazer o chá, ###

Inv. – Humm, Humm.

Em termos só da amputação da perna foi mais elevar as camas, pô-las mais altas, foi?

E-1 – As dos meus filhos eu conseguia porque eram mais ###, mas a minha não e ele botou-la mais alta para mim conseguir; a cama de ferro de correr (refere-se à tábua de engomar roupa) fechou-la porque ela era de abrir, ###, buto-lhe um banquinho para eu me sentar e correr (passar a ferro)...tava a dizer que tenho as minhas coisas todas...

Inv. – Foram adaptações que tiveram de ser feitas depois da Sr^a ser amputada?

E-1 – O corrimão da escada, tenho um bacio no meu quarto de cama que eu não usava, uma poltrana assim no meu quarto de cama para eu me sentar à noite quando eu não quero estar deitada.

Inv. – Ainda à um bocadinho quando estávamos a falar...o quarto onde dormia é o mesmo onde dorme agora?

E-1 – É o mesmo quarto onde eu dormia.

Inv. – Não teve de mudar de...

E-1 – Não, ele é todo alcatifado, não ###, o que mudou foi a tábua de ferro, foi o que mudou lá.

Inv. – Não dormia no piso de cima? E teve de vir dormir para o piso de baixo?

E-1 – Eu dormi nos primeiros tempos, agora quando eu butei a perna e eu conseguir eu fui para cima.

Inv. – Só depois de pôr a prótese é que...

E-1 – É que eu fui para cima.

Inv. – Mas inicialmente quando saiu do hospital e veio sem prótese teve de fazer essa adaptação? Teve de dormir no quarto de baixo, é isso?

E-1 – No quarto de baixo e com a cadeira de rodas ao pé de mim para eu ir á casa de banho quando eu preciso.

Inv. – Sim senhora!

Foi aí, ao nível da casa, das suas...

E-1 – Eu tenho muita coisa igual. Para me habituar tenho um banquinho dentro da banheira para me lavar e até uma escova de lavar as costas eles me compraram. Não posso dizer porque é que eu hei-de dizer, eles são bons,###

Inv. – Concerteza!

Sr^a. D. Elisabete, tem alguma coisa que queira acrescentar, que queira dizer que possa contribuir para...

E-1 – O que eu posso dizer é que eu acho que a medicação é muito cara e não me dão nada; dizem que eu nunca descontei, nunca trabalhei para fora e a medicação é muito cara. Uma vez eu pedi na assistência social, ainda agora ali, e ela disse que não tinham dinheiro e que não podiam, não podiam. Eu tenho o desconto, mas como é muita medicação é muito caro, eu vou dizer, ### todos os meses; para os diabetes, para o sangue não gelar nas veias, um outro que eu tomo para o coração, a seguir tomo um só para o estômago para controlar os medicamentos, para não ter dores na perna, pomadas...também tenho espasmos nervosos nos intestinos...e também uso fraldas, não me amanho, ###, não vou fazer para o chão tenho a fralda...e é isso! E eu vou dizer isso mesmo à assistência social eu não peço mais que isso só uma ajudazinha para a medicação e elas disseram que não podiam dar, que estavam fracos de finanças, mas a esses rendimentos mínimos, a esses bêbados pela rua podem dar, foi o que eu disse a ela; disse, disse ao Sr. Dr., digo a todos, porque isso é uma desconsciência o que estão para aí recebendo, ###, eu sou poupada, Deus sabe, mas uma coisinha para a medicação não era ruim...

Inv. – Humm, humm.

E-1 – Já lhe estou dizendo.

Inv. – Pronto Sr.^a D. Elisabete se a Sr.^a não tem mais nada para acrescentar só tenho é que lhe agradecer pela sua disponibilidade...

E-1 – De nada querida, eu disse tudo quanto eu sentia. Não...Pode ir para a mesa do rei! Como se costuma dizer. (risos)

Não tenho problemas nenhuns com isso.

Inv. – Agradeço-lhe imenso a sua disponibilidade e ...

E-1 – Só tem agora essa coisa da carta da consulta para o mês que entra, ###.

Foi a única coisa que eu comprei na minha doença, foi umas muletas.

Inv. – Humm, humm.

E-1 – E os medicamentos. Não foi enquanto eu estive no hospital, foi só quando eu vim para casa.

Inv. – Sr^a D. Elisabete, muito obrigada pela sua colaboração e por ter aceite participar no estudo.

E-1 – Nada! Já disse e torno a dizer que pode ir para a mesa do rei como se costumava dizer antigamente. Não tenho nada a dizer do hospital, não tenho nada a dizer, agora fiquei foi aborrecida por causa dessa consulta, se fosse a Sr^a também ficava, qualquer pessoa e essa coisa de dizer ao doente na hora não conta muito, o que conta é ir avisando, uma nisquinha hoje, uma nisquinha amanhã até o doente aceitar, porque se eu botasse em mim eu não tinha dito o que eu disse, ###, ai o que eu disse! (risos)

Eu estava fora de mim, e nem digo... mas ele também não me disse nada, virou costas e foi-se embora. Se eu ia cortar as minhas pernas eu disse: “então corta as tuas”.

Inv. – Muito obrigada!

ANEXO VI
Corpus da entrevista

CORPUS E-1

Linha	Texto
1	Inv. – Quando lhe disseram, só quando lhe disseram que tinha de cortar a
2	perna como é que se sentiu? O que é que pensou?
3	E-1 – Muito mal...
4	A primeira pessoa que me disse que eu não podia beber água era o rapaz da
5	limpeza até qu'eu portei-me mal, fui mal criada...porque ele disse-me: "a Sr ^a
6	não pode beber água porque a Sr ^a amanhã vai cortar a perna" e eu disse:
7	"corta a tua"; eu portei-me mal, fui mal criada. No outro dia levaram-me para
8	o bloco...
9	Irritada, nervosa, muito nervosa.
10	O médico já tinha dito à minha família, mas elas disseram que não me
11	diziam, ele disse que ia me dizer mas nunca me disse. Ele (referindo-se ao
12	médico) ia-me cortar de manhã e eu não quis, voltei para trás e disse que as
13	minhas pernas ninguém as cortava...a perna começou a rebentar toda assim
14	com às bolinhas, às bolinhas e ao cabo de oito dias eu cortei...
15	Senti-me como se fosse uma morte.
16	A minha perna está hoje enterrada no cemitério, foi como uma morte para
17	mim...
18	Eu senti desgosto e tudo como uma morte (apresentava fâcies triste e olhos
19	brilhantes). Eu dizia mesmo: "eu quero morrer e não quero cortar a minha
20	perna" e o Sr. Padre disse-me assim: "Oh filha não fales assim! Tira esse
21	pedacinho do teu corpo para dares a vida ao resto."
22	Vejo isso tudo como se fosse hoje.
23	Eu fiquei...peguei a chorar, como é que eu agora ia cortar as minhas
24	pernas..."corta as tuas, corta as tuas...a minha vida era assim.
25	O meu marido depois falou comigo: "tu devias ter deixado cortar porque isso
26	é para teu bem, ####"; a minha filha também. Eu fiquei calada e peguei a
27	chorar e depois disse assim: "seja feita a vontade de Deus e não a minha"...
28	primeiro a vontade de Deus do que a nossa.
29	(...) mas depois o meu marido, o Sr. padre, as enfermeiras disseram que
30	isso tem de ser...Uma Sr ^a que cortou no mesmo dia de mim, ###, falou
31	comigo: "oh mulher deixa, eu deixei oh mulher"...Então eu pensei; a perna
32	ficou toda assim às bolas, cheia de pus, a doer...e eu deixei cortar.
33	Eu sentia raiva deles todos, tanto da família como do Dr.
34	Eu queria que ele me tivesse dito, ou mesmo a minha família que me fosse
35	dizendo assim: "hoje ou amanhã, olhe a mamã vai ter paciência", ou "minha
36	sogra", que era a minha nora, ..."eles dizem que isso está previsto é para se
37	cortar", eu estava contando..., agora de chapada: "vais cortar!"
38	E eu fiquei revoltada.
39	Depois,...porque quando eles me disserem eu chorei muito e eu pedi muito a
40	Deus, mas a minha conversa era sempre a mesma: "primeiro a vontade de
41	Deus que a nossa", foi o que eu disse a eles...depois o meu marido "oh
42	mulher já se sabe que isso custa" (referindo às palavras do marido).
43	Ai como é que eu vou cortar o meu corpo em vida? Um bocadinho da minha
44	perna para o cemitério, como é que vai ser?
45	E eu levei, levei...e o #### Disse: "Elisabete tu hás-de deixar, tu hás-de deixar
46	que isso não te vai fazer mal, isso é para teu bem..."
47	Então fiquei convencida...chorei muito quando fui para o bloco; ###, quando
48	eu saí tinha a minha família toda cá fora, o meu marido, a minha filha que é
49	só aquela, a minha nora, o meu filho ####.
50	E a primeira coisa que eu fiz foi esticar a perna para ver se eles me tinham
51	deixado o joelho.
52	E a minha filha disse-me: "mamã! A mamã tem o joelho", porque ele disse-
53	me (referindo-se ao médico) sempre que ia cortar-me a perna acima do

- 54 joelho.
- 55 **Inv.** – (...)essa revolta que sentiu inicialmente foi mais por ter tido a
- 56 informação, de lhe terem dito muito em cima da hora...
- 57 **E-1** – Foi na hora.
- 58 (...)e o Dr. entrou e disse: “heem prepara-te que terça-feira vais cortar os
- 59 dedos”, isso não é modos de falar com os doentes!
- 60 (...) fiquei que nem uma tola!
- 61 Eu fiquei tola, eu não tive boca para dizer nada, nem sim nem não.
- 62 **Inv.** – Diga-me uma coisa, depois da operação, de ser amputada e de se
- 63 deparar mesmo já sem a sua perna, como é que reagiu? Como é que se
- 64 sentiu?
- 65 **E-1** – Eu senti-me sempre que...chorava, lastimava muito que ### e fazia
- 66 um pranto à tarde.
- 67 Lastimava, dizia: “ai que sorte foi a minha, Nosso Senhor foi-me dar isso...”,
- 68 é isso, lastimava, mas depois quando o Dr. disse que eu ia para a
- 69 fisioterapia, porque eu fui logo. A ferida, a costura fechou muito bem e ele
- 70 (referindo-se ao médico) disse: “Ai a Sr.^a não se ponha assim, a Sr.^a. vai por
- 71 uma prótese, a Sr.^a vai ficar...”, o que foi que ele me disse?...haaa “não vai
- 72 a Lisboa é tudo aqui.”
- 73 Eu fui e dei-me bem, aí é que eu fiquei mais animada...quando soube que ia
- 74 por a perna (prótese).
- 75 Depois eu disse que se a minha sorte é esta, pois que seja feita a vontade
- 76 de Deus. Foi o que eu nunca desanimei foi contra a vontade de Deus, ele
- 77 ajudou-me muito. Tive sempre uma grande força sempre com Deus, com
- 78 Deus, com De...não tenho agora o meu santinho muito perfeito é o Coração
- 79 de Jesus.
- 80 Tive sempre força! .
- 81 Eu fiquei com força lá (no hospital). Depois vinha uma e dizia: “heee mulher
- 82 isso vai ficar muito bem, mulher tu estás tão boa, tu vai reagir vais pôr uma
- 83 perna...”, eles dizem prótese mas eu digo sempre é perna, “...vais por uma
- 84 perna!”
- 85 Muita confiança em Deus, querida. Eu tinha nos Dr. mas também tinha muita
- 86 em Deus, porque a ciência está adiantada mas se Deus não quiser nada é
- 87 feito.
- 88 Eu tinha muita confiança nos Dr., nas Sr.^a (enfermeiras) que me faziam os
- 89 pensos, tudo, tudo...
- 90 **Inv.** – Quer-me dizer que ia buscar muita dessa força à sua fé?
- 91 **E-1** – E também com os enfermeiros, com tudo...aquelas meninas que
- 92 estavam estagiando (estudantes de enfermagem) aquilo eram santas, um dia
- 93 iam falar mal delas e eu não deixei. (risos)
- 94 Depois eu fui fazer o exame aqui nas virilhas, não sei como é o nome, e
- 95 quando eu fui para baixo pedi à enfermeira para deixar eu levar aquela
- 96 pequena (estagiária de enfermagem) comigo, ###, e eu levei-la! E ela disse-
- 97 me que aquilo era só anestesia local; quando acabou eu disse: “há, eu
- 98 gostei, tu és muito boazinha, gostei de te ter aqui, eu vou-te dar um beijo, tu
- 99 queres?” e ela disse que sim.
- 100 **Inv.** – E em relação aos enfermeiros do serviço, aquilo que a Sr.^a sentiu e
- 101 que já me esteve a dizer...o chorar, aquela raiva, que se sentia
- 102 revoltada...Eles fizeram alguma coisa...
- 103 **E-1** – Ficavam calados, viravam as costas; nunca me responderam, nem
- 104 bem nem mal. Viravam as costas! Às vezes à noite diziam: “ É claro que
- 105 custa.”, mais nada!
- 106 As Sr.^a de bata amarela (referindo-se às pessoas do voluntariado) sim, eles
- 107 (os enfermeiros) não, diziam só: “outra vez a chorar? Tem dores?” e eu dizia
- 108 assim: “no coração e essas não se podem curar.”

109 Nada, não diziam nada...nem bem nem mal.
 110 Eu dizia: “dores de coração que essa não há comprimidos p’ra sarar!”...eu
 111 dizia a eles.
 112 “ Oh Sr.^a! A Sr.^a que não se ponha assim!” (referindo as palavras dos
 113 enfermeiros) ...Tinha um que, ... não me lembro do nome... ria-se, dizia
 114 alguma treta, alguma coisa...
 115 Eles (os enfermeiros) diziam assim: “a Sr.^a não se ponha assim...”, mas
 116 também não diziam mais nada.
 117 Ou eles tinham vergonha ou receio para não me ofender, porque de repente
 118 podem vir com uma conversa que a gente não quer e de repente agente
 119 ofende o outro.
 120 Eles só diziam: “oh Sr.^a não se ponha assim, vai tudo correr pelo melhor”...o
 121 que é que eles me houveram de dizer? Eles não me desanimavam,
 122 também!...era tudo dentro disto: “tudo vai dar certo, tudo vai dar certo”.
 123 **Inv.** – Depois de ter alta do hospital, os enfermeiros do Centro de Saúde...
 124 **E-1** – Fazer o penso?
 125 Não, não; não quero nada com a Casa do Povo, com o Centro de Saúde,
 126 eles desgraçaram-me!
 127 Quem me fazia o penso era a enfermeira Antônia. Não fui eu que pedi, quem
 128 pediu foram aquelas de bata amarela (voluntariado), pediram e eu ia fazer o
 129 penso lá abaixo, era aí que eu fazia o penso.
 130 Muito boa, muito boa.
 131 Na situação de tratar, dava-me uma ampolazinha de pôr nas ferida...dizia-
 132 me assim: “oh filha tem paciência!”,...fazia assim com a gase (fez um gesto
 133 de toques suaves), muito boa, não tenho nada a dizer.
 134 Em termos de tratamento.
 135 **Inv.** – E no que se relaciona com aquilo que sentia?
 136 Ficava mais animada, porque elas (as enfermeiras que lhe realizavam o
 137 penso, mas não pertenciam ao Centro de Saúde) também me tratavam muito
 138 bem.
 139 Ficava animada e tinha amor a elas, porque se elas fossem escoicinhar
 140 comigo, eu também escoicinhava e ainda ficávamos odiosas uma com a
 141 outra.
 142 Ela (a enfermeira) olhava para mim e dizia: “está a correr tudo muito bem,
 143 está tudo muito bonzinho, lá por a Sr.^a ser diabética a Sr.^a vai-se dar muito
 144 bem com a outra perninha”. Ela animava-me tanto e então eu ficava
 145 animada.
 146 “Ai! está tão boa, apesar de ser diabética, os pontos estão bons” (referindo
 147 as palavras da enfermeira), e eu ficava feliz porque isso é uma conversa
 148 muito boa para o doente.
 149 **E-1** – E alguma vez lhe perguntou como é que a Sr.^a se estava a sentir?
 150 **Inv.** – Sim, ela dizia: “estás triste hoje?”, porque ela chamava-me por tu, ###,
 151 muito bem, e eu dizia a ela: “ai, eu tou-me sentindo muito bem”, (e a
 152 enfermeira respondia) “assim mesmo é que eu quero, assim é que eu gosto
 153 de te ver”.
 154 Não tenho nada que dizer; nem daquelas da porta (auxiliares) que vinham
 155 logo coma cadeira, ajudavam-me, porque eu ajudava com uma perna e elas
 156 diziam: “oh corisca mulher! Vai logo de pulo para a cadeira!”, porque eu
 157 queria fazer aquilo tudo sozinha.
 158 Chorava...chorava! Desanimava muito.
 159 Era uma desanimação que eu tinha. E agora quando...eu contive-me
 160 agora... porque quando eu falo dessas coisas dá-me é para chorar
 161 (apresentava fâcies triste).
 162 Sinto assim uma dor...uma dor...eu tive aquela dor, credo! A minha perna...
 163 Nosso Senhor só ajuda a curar.

- 164 Eu fui ao local da Igreja, aí que chorar...chorei! Senti-me, apesar das
 165 lágrimas, senti-me feliz dentro da Igreja e de ver Nosso Senhor.
 166 No dia que eu fui à Igreja disse mesmo a Deus “não tenho palavras para te
 167 agradecer”, chorei poderios também.
 168 Andar é uma coisa e não andar é outra; eu cheguei a andar de gatinhas.
 169 A minha filha (...) ela é que me lavava, agora é que pronto...
 170 **Inv.** – Em termos da sua vida, do que fazia, do seu dia a dia, houve algumas
 171 alterações? Acerca da sua lida diária, aqui em casa.
 172 Tive muita visita, tive uns colegas de outras localidades, tive muita,
 173 muita...até um colega de outra Ilha esperou que eu chegasse a casa para
 174 me vir ver que ele ia-se embora, ###; os meus tios que estão no estrangeiro
 175 telefonavam, quer dizer, os irmãos da minha mãe, para o hospital,
 176 telefonavam p’ra casa também.
 177 **Inv.** – Quando diz que tinha muita lida, dê-me exemplos dessa lida, tal como
 178 me estava a disse o dobrar a roupa.
 179 **E-1** – Lavar a cozinha.
 180 Olhe! Eu no hospital cheguei uma vez que eu tinha saudades da vassoura e
 181 a Fernanda, com aquele jeitinho assim, comprou-me uma pá do lixo e uma
 182 vassourinha pequenina que eu ainda tenho ali (risos), e disse: “toma lá que é
 183 para quando chegares a casa limpares os miolos da mesa, e tenho-a aí.
 184 Da minha vida.
 185 Não podia limpar o pó do quarto, não podia fritar peixe, agora é que eu
 186 passo roupa porque não podia passar roupa e passo é sentada.
 187 Baixaram-me a mesa, o meu marido, e é com um banquinho sentada; vim
 188 para este quarto (referindo-se ao quarto situado no rés do chão da casa)
 189 para não subir escadas, agora já subo as escadas, o meu marido pôs um
 190 corrimão para eu pegar nele, e assim.
 191 Da vida de casa! Limpar a casa, limpar e arear a casa de banho...
 192 Gostava muito de jardinar nas plantas, quando eu cheguei a casa estavam
 193 mortas, mas pronto...
 194 A Casa do Povo foi muito má para mim, disse-me que eu tinha uma erisipela,
 195 deixou-me arrebentar os dedos, deixou-me toda...
 196 **Inv.** – Falou-me em termos do seu dia a dia, dessa alteração que houve
 197 quando teve alta. E a nível familiar? Houve alterações a esse nível?
 198 **E-1** – Eles vinham todos vir comigo.
 199 (...) mas, elas ajuntaram-se todas e iam ao hospital e vinham todos aqui a
 200 minha casa, pelo menos ao sábado e ao domingo à noite elas juntavam-se
 201 e...sempre a telefonar a perguntar...
 202 O meu marido sempre foi uma pessoa muito calma eu mais heee...
 203 Eu não quero dizer...agora, se me dissessem assim: “mamã vais cortar a
 204 perna” ou o meu marido chegasse ao pé de mim e dissesse: “oh Elisabete,
 205 isso está mal, isso é o melhor...” essas coisas que... já estava aí mais
 206 quente e quando o Sr. me disse que eu ia cortar a perna eu não ia portar-me
 207 daquela maneira.
 208 **Inv.** – Se me permitir, eu vou-lhe fazer uma pergunta ainda mais íntima. Em
 209 termos da sua sexualidade com o seu marido...
 210 **E-1** – Muito pouca agora, porque eu tenho veias plásticas (refere-se ao *bypass*),
 211 porque elas vão por aqui (apontou para a região inguinal) e aqui...e o
 212 meu marido também já tem cinquenta e seis anos e eu cinquenta e um, não
 213 se pode dizer somos velhos, mas com muito cuidado que ele tem...então,
 214 muuuito cuidado!
 215 Muuuito, muito diferente, mais nova...
 216 Era muito diferente! Mas a também a idade vai...e ele também compreende
 217 a minha situação.
 218 Pela minha parte também...e ele tem muito cuidado, pois se arrebentar com

- 219 isto (refere-se ao *by-pass*) vão pensar no hospital que eu fui um cavalo
 220 e...ainda qual era a pressa.
 221 Não dá, não dá forças.
 222 Os comprimidos também tira muito.
 223 Muuito, porque é uma medicação muito forte, tira a vontade, mas agente lá
 224 se vai entendendo com isso.
 225 **Inv.** – Em termos da sua vida social, antes a Sr^a costumava sair,...
 226 **E-1** – Ia à cidade, ia à missa, ia ao hiper, visitar as minhas amigas, as
 227 minhas colegas...essas coisas eu gostava muito de ir...até na Páscoa...
 228 Costumava ir muita vez ao cemitério
 229 (...) eu ia, chegava de repente até ali ao meu portão, via com uma vizinha, a
 230 gente falava um bocadinho, antes, mas agora elas vêm ter comigo...ainda há
 231 um bocadinho veio uma ter comigo.
 232 Vou, vou, mas só uma vez por outra, sinto-me cansada.
 233 (...) porque não posso.
 234 .Muita caminhada, não posso...
 235 A minha filha também tem a sua vida não vai andar atrás de mim com o
 236 carro. Já para ir comigo...ela vai mas...
 237 Não pode...
 238 Eu não gosto de ser espeto na vida dos meus filhos.
 239 Eles não têm culpa de eu cortar a perna aos cinquenta anos...
 240 Claro! Eu antes ia sozinha, deixava comidas...deixava a comida, deixava
 241 tudo, era roupas estendidas e eu ia.
 242 Sozinha.
 243 Agora não! Não posso subir escadas, eu subo alguns degraus não é muito
 244 degrau, e às vezes os elevadores estão avariados, eu não...esse meu
 245 sobrinho, esse consegue-me levar, credo! Mas é um sacrifício.
 246 **Inv.** – Uma outra coisa,...em relação ao seu corpo, aquilo que sente em
 247 relação a si, ao seu corpo, à sua imagem, à imagem que tem de si...
 248 **E-1** – E eu acho o meu corpo feio. Sem perninha!...acho; e, haa perdi as
 249 minhas cores que eu era muito rosada, nunca mais as tive! Perdi as minhas
 250 cores. Em mim, porque eu nunca digo a ninguém que o tenho.
 251 De manhã quando eu acordo, eu acho uma coisa sem perninha...mas Deus
 252 Nosso Senhor não quer mal a ninguém.
 253 Sentir-me assim... pois...é um corpo doente. Estou perdendo as minhas
 254 forças, vendo nas coisas que eu podia...não posso amassar pão, gosto
 255 muito de malassadas mas não posso fazer, mas...fazendo o que eu faço já é
 256 muito bom.
 257 **Inv.** – Em termos de adaptações e reestruturações na sua vida ou aqui na
 258 sua casa, depois de ser amputada, teve de fazer alguma reestruturação,
 259 alguma adaptação?
 260 **E-1** – Tive de começar por andar de novo.
 261 Eu calço agora é só sapatos não uso chinelos; baixaram-me os degraus das
 262 portas...###.
 263 Baixaram-me os degraus das portas para eu poder andar. A seguir, a minha
 264 cama para eu por de lavado, a dos meus filhos não, mas a minha o meu
 265 marido pôs umas tábuas para pô-la mais para o ar.
 266 As dos meus filhos eu conseguia porque eram mais ###, mas a minha não e
 267 ele botou-la mais alta para mim conseguir; a cama de ferro de correr (refere-
 268 se à tábua de engomar roupa) fechou-la porque ela era de abrir, ###, buto-
 269 lhe um banquinho para eu me sentar e correr (passar a ferro)...
 270 O corrimão da escada, tenho um bacio no meu quarto de cama que eu não
 271 usava, uma poltrana assim no meu quarto de cama para eu me sentar à
 272 noite quando eu não quero estar deitada.
 273 Eu dormi nos primeiros tempos (no quarto do rés-do-chão), agora quando eu

274 butei a perna e eu consegui eu fui para cima.
275 No quarto de baixo e com a cadeira de rodas ao pé de mim para eu ir á casa
277 de banho quando eu preciso.
278 Para me habituar tenho um banquinho dentro da banheira para me lavar e
279 até uma escova de lavar as costas eles me compraram.
280 O que eu posso dizer é que eu acho que a medicação é muito cara e não me
281 dão nada; dizem que eu nunca descontei, nunca trabalhei para fora e a
282 medicação é muito cara. Uma vez eu pedi na assistência social, ainda agora
283 ali, e ela disse que não tinham dinheiro e que não podiam, não podiam. Eu
284 tenho o desconto, mas como é muita medicação é muito caro...e é isso!
285 (...) e essa coisa de dizer ao doente na hora não conta muito, o que conta é
286 ir avisando, uma nisquinha hoje, uma nisquinha amanhã até o doente
287 aceitar, porque se eu botasse em mim eu não tinha dito o que eu disse.

ANEXO VII

Identificação dos temas centrais da entrevista

Linha	<u>Corpus da entrevista E-1</u>	<u>TEMAS</u> <u>(CATEGORI</u> <u>AS)</u> <u>CENTRAIS</u>
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45	Inv. – Quando lhe disseram, só quando lhe disseram que tinha de cortar a perna como é que se sentiu? O que é que pensou? E-1 – Muito mal... A primeira pessoa que me disse que eu não podia beber água era o rapaz da limpeza até qu'eu portei-me mal, fui mal criada...porque ele disse-me: "a Srª não pode beber água porque a Srª amanhã vai cortar a perna" e eu disse: "corta a tua"; eu portei-me mal, fui mal criada. No outro dia levaram-me para o bloco... Irritada, nervosa, muito nervosa. O médico já tinha dito à minha família, mas elas disseram que não me diziam, ele disse que ia me dizer mas nunca me disse. Ele (referindo-se ao médico) ia-me cortar de manhã e eu não quis, voltei para trás e disse que as minhas pernas ninguém as cortava...a perna começou a rebentar toda assim com às bolinhas, às bolinhas e ao cabo de oito dias eu cortei... Senti-me como se fosse uma morte. A minha perna está hoje enterrada no cemitério, foi como uma morte para mim... Eu senti desgosto e tudo como uma morte (apresentava fâcias triste e olhos brilhantes). Eu dizia mesmo: "eu quero morrer e não quero cortar a minha perna" e o Sr. Padre disse-me assim: "Oh filha não fales assim! Tira esse pedacinho do teu corpo para dares a vida ao resto." Eu fiquei...peguei a chorar, como é que eu agora ia cortar as minhas pernas..."corta as tuas, corta as tuas...a minha vida era assim. O meu marido depois falou comigo: "tu devias ter deixado cortar porque isso é para teu bem, ###"; a minha filha também. Eu fiquei calada e peguei a chorar e depois disse assim: "seja feita a vontade de Deus e não a minha"... primeiro a vontade de Deus do que a nossa. (...) mas depois o meu marido, o Sr. padre, as enfermeiras disseram que isso tem de ser...Uma Srª que cortou no mesmo dia de mim, ###, falou comigo: "oh mulher deixa, eu deixei oh mulher"...Então eu pensei; a perna ficou toda assim às bolas, cheia de pus, a doer...e eu deixei cortar. Eu sentia raiva deles todos, tanto da família como do Dr. Eu queria que ele me tivesse dito, ou mesmo a minha família que me fosse dizendo assim: "hoje ou amanhã, olhe a mamã vai ter paciência", ou "minha sogra", que era a minha nora, ..."eles dizem que isso está previsto é para se cortar", eu estava contando..., agora de chapada: "vais cortar!" E eu fiquei revoltada. Depois,...porque quando eles me disserem eu chorei muito e eu pedi muito a Deus, mas a minha conversa era sempre a mesma:	VIVENCIANDO A NOTÍCIA DA AMPUTAÇÃO

46	"primeiro a vontade de Deus que a nossa", foi o que eu disse a	CONFRONTANDO A REALIDADE DA PERDA
47	eles...depois o meu marido "oh mulher já se sabe que isso custa"	
48	(referindo às palavras do marido).	
49	Ai como é que eu vou cortar o meu corpo em vida? Um bocadinho	
50	da minha perna para o cemitério, como é que vai ser?	
51	E eu levei, levei...e o ### Disse: "Elisabete tu hás-de deixar, tu	
52	hás-de deixar que isso não te vai fazer mal, isso é para teu bem...".	
53	Então fiquei convencida.	
54	Chorei muito quando fui para o bloco; ###, quando eu saí tinha a	
55	minha família toda cá fora, o meu marido, a minha filha que é só	
56	aquela, a minha nora, o meu filho ###.	
57	E a primeira coisa que eu fiz foi esticar a perna para ver se eles me	
58	tinham deixado o joelho.	
59	E a minha filha disse-me: "mamã! A mamã tem o joelho", porque	
60	ele (referindo-se ao médico) disse-me sempre que ia cortar-me a	
61	perna acima do joelho.	
62	Inv. – (...)essa revolta que senti inicialmente foi mais por ter tido a	
63	informação, de lhe terem dito muito em cima da hora...	
64	E-1 – Foi na hora.	
65	(...) o Dr. entrou e disse: "heem prepara-te que terça-feira vais	
66	cortar os dedos", isso não é modos de falar com os doentes!	
67	(...) fiquei que nem uma tola!	
68	Eu fiquei tola, eu não tive boca para dizer nada, nem sim nem não.	
69	Inv. – Diga-me uma coisa, depois da operação, de ser amputada e	CONFRONTANDO A REALIDADE DA PERDA
70	de se deparar mesmo já sem a sua perna, como é que reagiu?	
71	Como é que se sentiu?	
72	E-1 – Eu senti-me sempre que...chorava, lastimava muito que ###	
73	e fazia um pranto à tarde.	
74	Lastimava, dizia: "ai que sorte foi a minha, Nosso Senhor foi-me dar	
75	isso...", é isso, lastimava, mas depois quando o Dr. disse que eu ia	
76	para a fisioterapia, porque eu fui logo. A ferida, a costura fechou	
77	muito bem e ele (referindo-se ao médico) disse: "Ai a Sr ^a não se	
78	ponha assim, a Sr ^a . vai por uma prótese, a Sr ^a vai ficar...", o que	
79	foi que ele me disse?...haaa "não vai a Lisboa é tudo aqui."	
80	Eu fui e dei-me bem, aí é que eu fiquei mais animada...quando	
81	soube que ia por a perna (prótese).	
82	Depois eu disse que se a minha sorte é esta, pois que seja feita a	
83	vontade de Deus. Foi o que eu nunca desanimei foi contra a	
84	vontade de Deus, ele ajudou-me muito. Tive sempre uma grande	
85	força sempre com Deus, com Deus, com De...não tenho agora o	
86	meu santinho muito perfeito é o Coração de Jesus.	
87	Tive sempre força! .	
88	Eu fiquei com força lá (no hospital). Depois vinha uma e dizia:	
89	"heee mulher isso vai ficar muito bem, mulher tu estás tão boa, tu	
90	vai reagir vais pôr uma perna...", eles dizem prótese mas eu digo	
91	sempre é perna, "...vais por uma perna!"	
92	Muita confiança em Deus, querida. Eu tinha nos Dr. mas também	
93	tinha muita em Deus, porque a ciência está adiantada mas se Deus	
94	não quiser nada é feito.	
95	Eu tinha muita confiança nos Dr., nas Sr ^a (enfermeiras) que me	
96	faziam os pensos, tudo, tudo...	
97	Inv. – Quer-me dizer que ia buscar muita dessa força à sua fé?	
98	E-1 – E também com os enfermeiros, com tudo...aquelas meninas	
99	que estavam estagiando (estudantes de enfermagem) aquilo eram	
100	santas, um dia iam falar mal delas e eu não deixei. (risos)	

101	Depois eu fui fazer o exame aqui nas virilhas, não sei como é o	RELACIONANDO COM OS OUTROS (e com o OUTRO)
102	nome, e quando eu fui para baixo pedi à enfermeira para deixar eu	
103	levar aquela pequena (estagiária de enfermagem) comigo, ###, e	
104	eu levei-la! E ela disse-me que aquilo era só anestesia local;	
105	quando acabou eu disse: “há, eu gostei, tu és muito boazinha,	
106	gostei de te ter aqui, eu vou-te dar um beijo, tu queres?” e ela disse	
107	que sim.	
108	Inv. – E em relação aos enfermeiros do serviço, aquilo que a Sr. ^a	
109	sentiu e que já me esteve a dizer...o chorar, aquela raiva, que se	
110	sentia revoltada...Eles fizeram alguma coisa...	
111	E-1 – Ficavam calados, viravam as costas; nunca me responderam,	
112	nem bem nem mal. Viravam as costas! Às vezes à noite diziam: “ É	
113	claro que custa.”, mais nada!	
114	As Sr. ^a de bata amarela (referindo-se às pessoas do voluntariado)	
115	sim, eles (os enfermeiros) não, diziam só: “outra vez a chorar? Tem	
116	dores?” e eu dizia assim: “no coração e essas não se podem	
117	curar.”	
118	Nada, não diziam nada...nem bem nem mal.	
119	Eu dizia: “dores de coração que essa não há comprimidos p’ra	
120	sarar!”...eu dizia a eles.	
121	“ Oh Sr. ^a ! A Sr. ^a que não se ponha assim!” (referindo as palavras	
122	dos enfermeiros) ...Tinha um que, ... não me lembro do nome...	
123	ria-se, dizia alguma treta, alguma coisa...	
124	Eles (os enfermeiros) diziam assim: “a Sr. ^a não se ponha assim...”,	
125	mas também não diziam mais nada.	
126	Ou eles tinham vergonha ou receio para não me ofender, porque	
127	de repente podem vir com uma conversa que a gente não quer e	
128	de repente agente ofende o outro.	
129	Eles só diziam: “oh Sr. ^a não se ponha assim, vai tudo correr pelo	
130	melhor”...o que é que eles me houveram de dizer? Eles não me	
131	desanimavam, também!...era tudo dentro disto: “tudo vai dar certo,	
132	tudo vai dar certo”.	
133	Inv. – Depois de ter alta do hospital, os enfermeiros do Centro de	RELACIONANDO COM OS OUTROS (e com o OUTRO)
134	Saúde...	
135	E-1 – Fazer o penso?	
136	Não, não; não quero nada com a Casa do Povo, com o Centro de	
137	Saúde, eles desgraçaram-me!	
138	Quem me fazia o penso era a enfermeira Antónia. Não fui eu que	
139	pedi, quem pediu foram aquelas de bata amarela (voluntariado),	
140	pediram e eu ia fazer o penso lá abaixo, era aí que eu fazia o	
141	penso.	
142	Muito boa, muito boa.	
143	Na situação de tratar, dava-me uma ampolazinha de pôr nas	
144	ferida...dizia-me assim: “oh filha tem paciência!”,...fazia assim com	
145	a gase (fez um gesto de toques suaves), muito boa, não tenho	
146	nada a dizer.	
147	Em termos de tratamento.	
148	Inv. – E no que se relaciona com aquilo que sentia?	
149	E-1- Ficava mais animada, porque elas (as enfermeiras que lhe	
150	realizavam o penso, mas não pertenciam ao Centro de Saúde)	
151	também me tratavam muito bem.	
152	Ficava animada e tinha amor a elas, porque se elas fossem	
153	escoicinhar comigo, eu também escoicinhava e ainda ficávamos	
154	odiosas uma com a outra.	
155	Ela (a enfermeira) olhava para mim e dizia: “está a correr tudo	

211	Gostava muito de jardinar nas plantas, quando eu cheguei a casa	
212	estavam mortas, mas pronto...	
213	A Casa do Povo foi muito má para mim, disse-me que eu tinha uma	
214	erisipela, deixou-me arrebentar os dedos, deixou-me toda...	
215	Inv. – Falou-me em termos do seu dia a dia, dessa alteração que	
216	houve quando teve alta. E a nível familiar? Houve alterações a	
217	esse nível?	
218	E-1 – Eles vinham todos vir comigo.	
219	(...) mas, elas juntaram-se todas e iam ao hospital e vinham todos	
220	aqui a minha casa, pelo menos ao sábado e ao domingo à noite	
221	elas juntavam-se e...sempre a telefonar a perguntar...	
222	Eu não quero dizer...agora, se me dissessem assim: “mamã vais	
223	cortar a perna” ou o meu marido chegasse ao pé de mim e	
224	dissessem: “oh Elisabete, isso está mal, isso é o melhor...” essas	
225	coisas que... já estava aí mais quente e quando o Sr. me disse que	
226	eu ia cortar a perna eu não ia portar-me daquela maneira.	
227	Inv. – Se me permitir, eu vou-lhe fazer uma pergunta ainda mais	
228	íntima. Em termos da sua sexualidade com o seu marido...	
229	E-1 – Muito pouca agora, porque eu tenho veias plásticas (refere-	
230	se ao <i>by-pass</i>), porque elas vão por aqui (apontou para a região	
231	inguinal) e aqui...e o meu marido também já tem cinquenta e seis	
232	anos e eu cinquenta e um, não se pode dizer somos velhos, mas	
233	com muito cuidado que ele tem...então, muuuito cuidado!	
234	Muuuito, muito diferente, mais nova...	
235	Era muito diferente! Mas a também a idade vai...e ele também	
236	compreende a minha situação.	
237	Pela minha parte também...e ele tem muito cuidado, pois se	
238	arrebentar com isto (refere-se ao <i>by-pass</i>) vão pensar no hospital	
239	que eu fui um cavalo e...ainda qual era a pressa.	
240	Não dá, não dá forças.	
241	Os comprimidos também tira muito.	
242	Muito, porque é uma medicação muito forte, tira a vontade, mas	
243	agente lá se vai entendendo com isso.	
244	Inv. – Em termos da sua vida social, antes a Sr ^a costumava sair,...	
245	E-1 – Ia à cidade, ia à missa, ia ao hiper, visitar as minhas amigas,	
246	as minhas colegas...essas coisas eu gostava muito de ir...até na	
247	Páscoa...	
248	Costumava ir muita vez ao cemitério	
249	(...) eu ia, chegava de repente até ali ao meu portão, via uma	
250	vizinha, a gente falava um bocadinho, antes, mas agora elas vêm	
251	ter comigo...ainda há um bocadinho veio uma ter comigo.	
252	Vou, vou, mas só uma vez por outra, sinto-me cansada.	
253	(...) porque não posso.	
254	Muita caminhada, não posso...	
255	A minha filha também tem a sua vida não vai andar atrás de mim	
256	com o carro. Já para ir comigo...ela vai mas...	
257	Não pode...	
258	Eu não gosto de ser espeto na vida dos meus filhos.	
259	Eles não têm culpa de eu cortar a perna aos cinquenta anos...	
260	Claro! Eu antes ia sozinha, deixava comidas...deixava a comida,	
261	deixava tudo, era roupas estendidas e eu ia.	
262	Sozinha.	
263	Agora não! Não posso subir escadas, eu subo alguns degraus não	
264	é muito degrau, e às vezes os elevadores estão avariados, eu	
265	não...esse meu sobrinho, esse consegue-me levar, credo! Mas é	

266	um sacrifício.	RETRATANDO A IMAGEM E O CORPO
268	Inv. – Uma outra coisa,...em relação ao seu corpo, aquilo que sente	
269	em relação a si, ao seu corpo, à sua imagem, à imagem que tem	
270	de si...	
271	E-1 – E eu acho o meu corpo feio.	
272	Sem perninha!...acho; e, haa perdi as minhas cores que eu era	
273	muito rosada, nunca mais as tive!	
274	Em mim, porque eu nunca digo a ninguém que o tenho.	
275	De manhã quando eu acordo, eu acho uma coisa sem	
276	perninha...mas Deus Nosso Senhor não quer mal a ninguém.	
277	Sentir-me assim pois é um corpo doente.	
278	Estou perdendo as minhas forças, vendo nas coisas que eu	
279	podia... não posso amassar pão, gosto muito de malassadas mas	
280	não posso fazer, mas...fazendo o que eu faço já é muito bom.	
281	Inv. – Em termos de adaptações e reestruturações na sua vida ou	
282	aqui na sua casa, depois de ser amputada, teve de fazer alguma	
283	reestruturação, alguma adaptação?	
284	E-1 – Tive de começar por andar de novo.	
285	Eu calço agora é só sapatos não uso chinelos;	
286	Baixaram-me os degraus das portas para eu poder andar. A seguir,	
287	a minha cama para eu por de lavado, a dos meus filhos não, mas a	
288	minha o meu marido pôs umas tábuas para pô-la mais para o ar.	
289	As dos meus filhos eu conseguia porque eram mais ###, mas a	
290	minha não e ele botou-la mais alta para mim conseguir; a cama de	
291	ferro de correr (refere-se à tábua de engomar roupa) fechou-la	
292	porque ela era de abrir, ###, buto-lhe um banquinho para eu me	
293	sentar e correr (passar a ferro)...	
294	O corrimão da escada, tenho um bacio no meu quarto de cama	
295	que eu não usava, uma poltrana assim no meu quarto de cama	
296	para eu me sentar à noite quando eu não quero estar deitada.	
297	Eu dormi nos primeiros tempos (no quarto do rés-do-chão), agora	
298	quando eu butei a perna e eu consegui eu fui para cima.	
299	No quarto de baixo e com a cadeira de rodas ao pé de mim para eu	
300	ir á casa de banho quando eu preciso.	
301	Para me habituar tenho um banquinho dentro da banheira para me	
302	lavar e até uma escova de lavar as costas eles me compraram.	
303	O que eu posso dizer é que eu acho que a medicação é muito cara	
304	e não me dão nada; dizem que eu nunca descontei, nunca trabalhei	
305	para fora e a medicação é muito cara. Uma vez eu pedi na	
306	assistência social, ainda agora ali, e ela disse que não tinham	
307	dinheiro e que não podiam, não podiam. Eu tenho o desconto, mas	
308	como é muita medicação é muito caro...e é isso!	
309	(...) e essa coisa de dizer ao doente na hora não conta muito, o	
310	que conta é ir avisando, uma nisquinha hoje, uma nisquinha	
311	amanhã até o doente aceitar, porque se eu botasse em mim eu não	
312	tinha dito o que eu disse.	