UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GISLAINE CRISTINA DE OLIVEIRA CHINI

*A amputação sob uma perspectiva
fenomenológica*

Ribeirão Preto
2005

GISLAINE CRISTINA DE OLIVEIRA CHINI

*A amputação sob uma perspectiva
fenomenológica*

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnológica do Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magali Roseira Boemer

*Ribeirão Preto
2005*

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Chini, Gislaine Cristina de Oliveira

A amputação sob uma perspectiva fenomenológica. Ribeirão Preto, 2005.

138 p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Orientadora: Boemer, Magali Roseira.

1.Amputação. 2.Fenomenologia. 3.Corpo 4.Filosofia

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gislaine Cristina de Oliveira Chini

A amputação sob uma perspectiva fenomenológica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnológica do Processo de Cuidar em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Magali Roseira Boemer

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Adriana Kátia Corrêa substituída por Maria Lucia Zanetti

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP

Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus e Nossa Senhora Aparecida

Que sempre guiaram meus passos e permitiram que eu desenvolvesse esse estudo com saúde, concretizando a realização de um sonho.

Aos meus pais Francisco e Célia

Dedico a vocês este estudo e o meu amor. Serei eternamente grata por todo apoio e incentivo que me foram dados, durante toda a minha existência. Só consegui alcançar meus objetivos porque sempre tive vocês ao meu lado, torcendo pelas minhas conquistas.

Ao meu namorado Marcos

Por todo carinho, amor, companheirismo e apoio durante toda a minha trajetória. Agradeço sua presença em minha vida e a ajuda para superar todos os momentos difíceis.

Aos pacientes que sofreram amputação e contribuíram para a realização deste estudo

Dedico este trabalho a todos os pacientes, que com muita sabedoria, compartilharam suas vivências comigo, permitindo, assim, a realização deste estudo e a concretização de meu sonho. Em especial, agradeço ao paciente aqui chamado por Coragem, que veio a falecer durante a realização deste estudo. À vocês toda a minha gratidão e meu afeto. Jamais os esquecerei ; vocês são parte da minha vida, do meu existir.

Agradecimentos

À Profª. Drª Magali Roseira Boemer

Por sua amizade, incentivo e apoio. Obrigada por compartilhar da minha inquietação e lançar-se comigo, com toda sua experiência e sensibilidade, em busca da compreensão da vivência, percebendo e auxiliando no percurso desta trajetória.

À Profª. Drª Adriana Kátia Corrêa e ao Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Pelas importantes contribuições e pelo compartilhar de conhecimentos que ajudaram a enriquecer este estudo

Às amigas Profª. Drª Maria Sueli Nogueira e Aline Aparecida Monroe

Minha gratidão à vocês que me impulsionaram no início desta trajetória e permaneceram me apoiando e incentivando, durante toda esta caminhada.

Aos meus familiares

À vocês que torceram por mim e compreenderam os momentos de ausência, sempre me apoiando.

Aos funcionários das clínicas vascular e ortopédica do HCFMRP-USP

Pela carinhosa recepção e por toda ajuda no desenvolvimento deste estudo.

Seja feliz

...Gostaria que você sempre se lembrasse de que ser feliz não é ter um céu sem tempestades, caminhos sem acidentes, trabalhos sem fadigas, relacionamentos sem decepções. Ser feliz é encontrar força no perdão, esperança nas batalhas, segurança no palco do medo, amor nos desencontros.

Ser feliz não é apenas valorizar o sorriso, mas refletir sobre a tristeza. Não é apenas comemorar o sucesso, mas aprender lições nos fracassos. Não é apenas ter júbilo nos aplausos, mas encontrar alegria no anonimato. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver a vida, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz não é uma fatalidade do destino, mas uma conquista de quem sabe viajar para dentro do seu próprio ser.

Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo... Ser feliz é deixar viver a criança livre, alegre e simples que mora dentro de cada um de nós...

Autoria desconhecida

Resumo

Chini, G.C. de O. **A amputação sob uma perspectiva fenomenológica**. 2005. 138p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O presente estudo aborda a amputação desde o momento em que passa a fazer parte das inquietações da autora, integrando seu mundo-vida, por meio de interrogações relativas à questão da amputação, suas implicações e sentimentos experimentados pela pessoa que a vivencia. Constitui-se numa investigação de caráter qualitativo, desenvolvida à luz do referencial teórico-metodológico da fenomenologia e que busca compreender, então, a vivência de uma amputação, a partir da visão da pessoa que a experiencia. Inicialmente, a fim de compreender o fenômeno que se mostra diante de meus olhos, pedindo um esclarecimento, realizei um levantamento bibliográfico, o que me possibilitou conhecer a amputação sob vários enfoques, além de permitir a apropriação de algumas idéias do pensamento filosófico de Merleau-Ponty, abordando a percepção, o corpo que percebe e é percebido, na sua relação com o mundo, e o enraizamento do espírito neste corpo. Após conhecer a amputação, sob o ponto de vista literário, busquei o seu compartilhar com a pessoa a ela submetida, habitando seu mundo. Compartilhando desse momento, pude compreender seu sentido e seus significados, expressando-os sob a forma de categorias temáticas. Desta forma, foi possível desvelar algumas facetas do fenômeno amputação, além de compreender a pessoa amputada e a amputação tal como ela se mostra em si mesma.

Palavras-chave: amputação, fenomenologia, corpo.

Abstract

Chini, G.C. de O. **Amputation from a phenomenological perspective**. 2005. 138p. Dissertation (Master's Degree), Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2005.

This study addresses amputation as from the moment when it became part of the author's concerns, integrating her world and her life, through inquiries concerning the issue of amputation, its implications and the feelings of those who experience it. It is a qualitative investigation, conducted in the light of the theoretical and methodological framework of phenomenology. Thus, its aim is to understand the experience of amputation from the viewpoint of the amputee. Initially, in order to understand the phenomenon that stands before my eyes and calls for clarification, I conducted bibliographic research, which enabled me to understand amputation better and from several points of view, as well as allowing me to appropriate some of the ideas contained in Merleau-Ponty's philosophic thoughts, in which perception, the perceiving and perceived body, is addressed in regard to its relation with the world and the deep-rooted position of the spirit in this body. After becoming acquainted with amputation from the literary point of view, I sought to share it with an amputee, inhabiting this person's world. By sharing this moment, I was able to understand its significance and meanings, expressing them in the form of thematic categories. Thus, it was possible to reveal some of the facets of the amputation phenomenon, besides understanding the amputee and amputation such as it reveals itself.

Key words: amputation, phenomenology, body.

Resumen

Chini, G.C. de O. **La amputación bajo una perspectiva fenomenológica**. 2005. 138p. Disertación (curso de Master), Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

El presente estudio aborda la amputación desde el momento en que comienza a ser parte de las inquietudes de la autora, integrando su vida y su mundo, por medio de interrogaciones referentes a la cuestión de la amputación, sus implicaciones y sentimientos experimentados por la persona que la vivencia. Se constituye como una investigación de carácter cualitativo, desarrollada a la luz de la referencia teórica-metodológica de la fenomenología y que busca comprender, así, la experiencia de una amputación, a partir de la visión de la persona que la vivencia. Inicialmente, a fin de comprender el fenómeno, la autora intenta elucilarlo mediante un levantamiento bibliográfico, lo que le permite conocer la amputación bajo varios enfoques, y también la identificación con algunas ideas del pensamiento filosófico de Merleau-Ponty, donde se aborda la percepción, el cuerpo que percibe y es percibido, en su relación con el mundo, y el arraigo del espíritu al cuerpo. Después de conocer la amputación bajo el punto de vista literario, se propone compartir la experiencia con la persona que la sufrió, habitando su mundo. Al compartir ese momento, comprende su sentido y sus significados, y los expresa bajo la forma de categorías temáticas. De esta forma, fue posible develar algunas facetas del fenómeno amputación, además de comprender a la persona amputada y la amputación tal como ella se muestra en su esencia.

Palabras clave: amputación, fenomenología, cuerpo.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Conhecimento produzido por enfermeiros sobre amputação e assistência de enfermagem a pacientes amputados, divulgado em periódicos de enfermagem, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2003..... 34

Tabela 2 - Conhecimento produzido por enfermeiros, no âmbito da Pós-graduação, sobre amputação e assistência de enfermagem a pacientes amputados divulgado nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), no período de janeiro de 1970 a dezembro de 1997 36

Tabela 3 - Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004 no HCFMRP – USP, segundo local de realização..... 48

Tabela 4 - Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo local e clínica de realização 49

Tabela 5 - Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo sexo, faixa- etária e local de realização.50

Tabela 6 - Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo local, clínica e nível de amputação 51

Tabela 7 - Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo patologia, faixa etária e sexo 52

Sumário

1. Introdução	13
1.1. Início de minha trajetória	14
1.2. A busca pela literatura	18
2. O corpo na perspectiva filosófica de Merleau-Ponty.....	38
3. Caminho metodológico.....	41
3.1. O referencial fenomenológico e a proposta dessa investigação.....	41
4. A obtenção dos dados	48
4.1. Cuidados preliminares	48
4.2. Observância da dimensão bioética	54
4.3. O acesso aos sujeitos participantes deste estudo.....	55
5. Construção dos resultados.....	60
6. Reflexões sobre o desvelado: um novo pensar a amputação	119
7. Referências Bibliográficas	133
8. Anexos	138
8.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	138
8.2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP	139

1. Introdução

Iniciarei este estudo reportando-me ao início de minha trajetória nos caminhos da investigação, inquieta com a questão da amputação.

Abordo, a seguir, o momento em que a amputação passou a fazer parte de meu mundo-vida, integrando meus pensamentos e questionamentos, deixando de ser algo distante para tornar-se parte do meu existir, não como alguém que vive uma amputação em seu próprio corpo, mas como alguém que percebe e sente, lançando-se em direção ao fenômeno, com vistas a compreendê-lo.

Posteriormente, recorro à literatura com o propósito de conhecer a amputação em várias de suas facetas, inclusive no que se refere à filosofia. Em especial, aproprio-me, como forma de aproximação, de parte das idéias do filósofo francês Maurice Merleau-Ponty, o qual trabalha a existência humana ancorada no corpo que percebe e é percebido.

Busco, em última instância, o compartilhar a amputação com o paciente a ela submetido, habitando seu mundo, estando aberta à percepção da vivência, em suas diversas formas de perceber e ser percebida. Desta forma, acredito ser possível compreender a pessoa amputada e a amputação tal como ela se mostra em si mesma, em sua essência.

1.1 O início de minha trajetória

Ao final do primeiro ano de graduação em Enfermagem soube da existência do projeto “O tema da morte como via de acesso à iniciação científica”, o qual enfoca, em suas pesquisas, a morte e o morrer. Passei, então, a observar como essa temática é evitada pelas pessoas, inclusive por docentes que capacitam futuros profissionais de saúde, os quais irão conviver, em seu cotidiano, com a presença constante da morte.

Segundo Santos (1983) o despreparo dos profissionais de saúde, para vivenciar situações de morte, leva-os a uma infinidade de sentimentos (de impotência, de raiva, de culpa, de dor) e posterior negação do fenômeno morte e morrer, como forma de fuga e evasão.

Percebendo a importância desse preparo para que pudesse compreender a morte e o morrer, desde o início da minha formação profissional, procurei inserir-me no referido projeto, iniciando-me nesse tema por meio do percurso de um caminho, o que implicou no estudo de diversas facetas que o envolvem, por meio de leituras de livros, artigos, teses e dissertações acadêmicas, assistindo a filmes e aulas expositivas semanais. Todas essas estratégias pedagógicas possibilitaram-me conhecimentos a partir de enfoques biológico, psicológico, sociológico e ético, além de permitir-me conhecer a proposta da metodologia de investigação fenomenológica na condução de estudos científicos.

Com Ariès (1977; 1982), pude conhecer a história da morte por meio da exposição do conceito e da evolução do seu pensar ao longo dos tempos. Na Idade Média, a morte adquire maior dramaticidade, não existente até então, uma vez que a pessoa toma consciência de sua individualidade e começa a mostrar apego pelas coisas materiais, as quais, muitas vezes, eram deixadas à Igreja, para que fossem celebradas missas e realizados os enterros.

No século XVIII, a morte passa a ter um caráter de ruptura, os sepultamentos passam a ser realizados em cemitérios longe das cidades, surgem os jazigos familiares e os testamentos onde eram expressos o desejo de condução do culto à morte e a divisão dos bens. Já no século XIX, a morte do outro passa a ser aceita com maior dificuldade, com medo, sendo considerada como tabu e os testamentos passam a referir-se apenas aos bens materiais, pois os cerimoniais eram confiados, aos familiares, verbalmente.

Nasce neste momento o desejo de poupar o enfermo e a sociedade e realiza-se a transferência da morte em família para o hospital; sufocam-se as emoções. Observamos isto até hoje: é a sociedade moderna privando o homem de sua própria morte.

Kovács (1992) e Kastembaum e Aisenberg (1983) abordam sob o enfoque psicológico, ressaltando sua presença no processo de desenvolvimento humano, uma vez que já é sentida desde a mais tenra idade, quando a criança ainda é incapaz de formular concepções abstratas.

O ser humano tende a personificar a morte (cada um a seu jeito) como figura macabra, de má aparência, velha, associada a esqueleto, inescrupulosa, sem compaixão e sentimentos. Desta forma, o homem passa a ter, como resposta psicológica à morte, o medo, que é normal, porém, denotado como sinal de fraqueza e imaturidade.

Para Ziegler (1977), as diversas sociedades existentes possuem diferentes modos de encarar a idéia de morte. Os africanos não sentem medo, nem agonia diante dela; acreditam na sua imortalidade e na volta ao Orum (céu), onde a vida não cessa e não se envelhece.

Na sociedade ocidental, mercantilista, a morte é vista como fim irrevogável da vida, motivo de temor e agonia, sendo controlada por tanatocratas que não sabem como agir diante da ameaça de morte e acabam por destruir a identidade do doente hospitalizado. Este, por sua vez, é mantido na ignorância que o impede de compreender a si mesmo e alcançar a plenitude do ser.

Enquanto seguia meu percurso em busca da compreensão do tema já abordado, um acidente automobilístico com um amigo de família, em fevereiro de 1.999, que teve como consequência a amputação de seu membro inferior esquerdo, despertou em mim interrogações relativas à amputação, suas implicações e seu significado para a pessoa que a experiencia, principalmente por ser percebida como uma perda, de forma semelhante à morte.

Em novembro do mesmo ano visitei, com os demais alunos de graduação, o Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru-SP, que abriga e atende pacientes portadores de hanseníase, em tratamento. Nesta visita, tive a oportunidade de conhecer uma senhora que declama para os visitantes os poemas que escreve, apesar de possuir ambas as mãos amputadas, face ao comprometimento neuro-funcional provocado pela hanseníase, decorrente da instalação do agente etiológico da doença (*Mycobacterium leprae*) no sistema nervoso periférico, lesando nervos sensitivos e motores, conforme o relatado por Talhari e Neves (1997).

Seus poemas são a razão de sua vida, mostram um pouco da saudade que sente do passado e refletem uma existência marcada pela doença, sofrimento e estigmas sociais, decorrentes do fato de ser portadora de hanseníase, tendo a sua capacidade funcional comprometida. Embora Diogo e Campedelli (1992) afirmem que a incapacidade funcional, gerada por uma amputação, leva à perda de autonomia e aumento do grau de dependência, pois passa a ser necessária a presença de outra pessoa que auxilie na realização de atividades diárias (como higiene pessoal, colocação de sapatos e roupas, encaminhamento ao banheiro e até mesmo auxílio para locomoção se o comprometimento for de membros inferiores), esta senhora consegue ultrapassar essas dificuldades em busca da realização de atividades que lhe são prazerosas, promovam sua autonomia e permitam um direcionamento para seu potencial criativo na redação de seus poemas.

A partir desta visita, minha inquietação com a questão da amputação mostrou-se de forma crescente, impelindo-me a uma maior aproximação ao tema.

Nesse sentido, li o estudo de Diogo (1993) o qual refere que alterações bio–psico–sócio–espirituais passam a existir e interferem na vida após uma amputação, pois as pessoas sentem-se isoladas e diferentes, tendo, assim, alterações de auto-imagem e de seu auto-conceito. A pessoa amputada sofre mudanças no seu estilo de vida e apresenta incertezas quanto às suas capacidades e atitudes de amigos e familiares, fato este que leva ao abandono ou revisão de suas expectativas para o futuro, já que o membro ausente ou coto passa a se constituir em lembranças constantes em sua vida.

A percepção desfavorável da auto-imagem corporal pode conduzi-la a sentimentos de inferioridade e ansiedade, que devem ser amenizados pelos profissionais de saúde com a estimulação do paciente para o auto-cuidado.

Essa autora afirma também que a tristeza que se segue à amputação não é diferente da que se segue à morte de um ente querido. A pessoa amputada passa por diversas fases, desde latência e negação até à depressão, sendo este processo semelhante àquele que envolve os pacientes terminais, o qual é relatado por Kübler-Ross (1985).

Como parte da busca a essa maior aproximação ao tema e na tentativa de delimitar a região de minha inquietação procurei também por algumas vivências em um Hospital Universitário e em um Hospital Particular, onde realizava estágio voluntário; essas vivências permitiram-me um primeiro contato com pessoas que necessitaram ter parte de seu corpo amputada. Conversando com elas, pude perceber que a amputação representa uma grande perda, além de gerar algumas preocupações relativas ao desempenho de atividades diárias. Representa também o alívio definitivo da dor para as pessoas que foram a ela submetidas em decorrência de problemas circulatórios e conseqüente necrose de uma parte do corpo. A necessidade de diálogo para algumas dessas pessoas, de silêncio para outras e a densa presença de linguagem não verbal mostravam-se a mim de forma clara.

Através dessas conversas pôde ser estabelecida uma forma de comunicação, que segundo Silva et al. (2000), é um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, sentimentos, idéias e emoções que poderão influenciar o comportamento das pessoas, as quais reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura. A comunicação pode ser verbal ou não verbal, sendo expressa através de gestos, expressões faciais, orientações do corpo, posturas, relação de distância entre os indivíduos, organização dos corpos no espaço, entre outras.

Três anos após estas primeiras vivências, já cursando a pós-graduação, pude me reaproximar destas pessoas e, através da inter-relação estabelecida, reafirmar as inquietações iniciais, porém, sem ainda compreender com clareza o que é vivenciar este fenômeno.

Ainda na tentativa de aproximar-me do tema e compreender o fenômeno amputação em suas diversas facetas, trazendo à luz o que se mostrava oculto a mim, ou seja, os significados atribuídos por uma pessoa que teve parte de seu corpo amputada, realizei um levantamento bibliográfico sob diversos enfoques, o qual relato a seguir.

1.2. A busca pela literatura

Buscando conhecer a amputação sob o enfoque anátomo-fisio-patológico procurei, em livros didáticos, por conhecimentos sobre as técnicas para realização de amputação, as patologias que levam à perda de uma parte do corpo, o melhor nível para realização da

cirurgia, de forma que se possa ter menor agressão anatômica e fisiológica ao organismo, bem como sobre a aparelhagem ortopédica utilizada para a compensação de déficits anatômicos.

O termo amputação designa, em cirurgia, segundo Luccia, Goffi e Guimarães (2001), a retirada de um órgão ou parte dele, situado numa extremidade (língua, mama, intestino reto, colo uterino, pênis, membros). Quando nos referimos ao aparelho locomotor, amputação é definida como a secção de um membro feita na continuidade óssea, enquanto desarticulação é a ablação parcial ou total de um membro na contigüidade óssea, ou seja, através da articulação. Usando-se isoladamente o termo amputação, este é entendido como sinônimo de amputação de membros.

Neste estudo, serão consideradas tanto amputações quanto desarticulações de membros superiores e inferiores em qualquer nível, por serem entendidas como intervenções cirúrgicas mutilantes, que ocasionam graves danos funcionais e psíquicos ao paciente.

Segundo Luccia, Goffi e Guimarães (2001) e Tooms (2003) a amputação é o mais antigo de todos os procedimentos cirúrgicos, sendo a amputação de uma mão ou pé considerada como forma de punição em algumas sociedades antigas, ditas civilizadas. Durante muito tempo representou a única possibilidade cirúrgica para o homem.

As primeiras amputações cirúrgicas consistiam em procedimentos grosseiros, em que um membro de um paciente, não anestesiado, era seccionado, sendo a hemostasia do coto aberto realizada através do esmagamento ou mergulho do mesmo em óleo fervente. Por razões óbvias, estes cotos eram pouco adequados para o uso das precárias próteses existentes. Resistir às cirurgias era considerado uma vitória, pois as mesmas eram feitas rapidamente, às vezes em um só golpe, e em níveis proximais para garantir boa cicatrização.

Hoje, para se obter uma boa função pós-operatória, a cirurgia é cuidadosamente planejada e as estruturas são adequadamente tratadas para que o coto se torne um elemento útil. O conceito atual de amputação é de cirurgia reconstitutiva e não de

simplesmente ablação. A introdução das anestésias e das técnicas assépticas possibilitou, aos cirurgiões, modelar com cuidado os cotos de amputação, tornando-os bem acabados e funcionais, além de antecipar, dentro dos limites possíveis, a cicatrização da ferida sem a ocorrência de infecções.

Ambroise Paré, cirurgião militar francês, trabalhou no início do século XVI para melhorar as amputações, buscando cotos mais funcionais, utilizando ligaduras para controle de sangramento e projetando próteses relativamente sofisticadas. O estudo das amputações ganhou novo interesse após as guerras mundiais, onde um grande contingente de amputados passou a necessitar de reabilitação (TOOMS, 2003).

A amputação de um membro lesionado ou enfermo, de acordo com este mesmo autor, deve ser o primeiro passo para o retorno do paciente a um lugar normal e produtivo na sociedade, devendo, então, a operação ser planejada e realizada com os mesmos cuidados e habilidades que são utilizados nas cirurgias plásticas e reconstitutivas, sendo que a reabilitação deve ser supervisionada por profissionais especializados.

Ramacciotti, Luccia e Freitas (2002) referem que o conceito de amputação como último recurso já não existe mais, sendo que a mesma deve ser encarada como mais uma fase no tratamento do doente: primeira etapa do processo de reabilitação. A mutilação deve ser apenas do membro e não da alma dos doentes.

Segundo Chaves (1961a), Smeltzer e Bare (1992a), Luccia, Goffi e Guimarães (2001) e Tooms (2003) a amputação de uma extremidade é necessária, geralmente, como resultado de:

➤ *Doença vascular periférica progressiva* – causa mais comum de amputação, principalmente em pessoas idosas que sofrem obstrução arterial em diversos níveis e conseqüente dor intensa por falta de irrigação tecidual adequada;

➤ *Deformidades congênitas* – a ablação cirúrgica de parte ou todo um membro, congenitamente deficiente, pode estar indicada em casos onde há déficit funcional e/ou estético e que se prevê um melhor resultado com o uso de prótese, além de uma função geral mais adequada após a cirurgia;

➤ *Tumores benignos ou malignos* – em tumores benignos, a indicação cirúrgica é feita quando os mesmos são tão volumosos que levam a um membro afuncional, ou seja, tem sua capacidade funcional comprometida para o desenvolvimento de tarefas. Para tumores malignos busca-se impedir a disseminação de metástases, através da remoção tumoral. A amputação alivia a dor, elimina o foco de crescimento do tumor e proporciona melhor qualidade de vida com uso de prótese, mesmo que a sobrevida do paciente não seja longa.

➤ *Traumatismos graves com esmagamento e comprometimento das partes moles* (quando não mais se encontra resultado com a utilização de outras medidas terapêuticas) – constitui-se na segunda causa mais freqüente de amputações, sendo provavelmente a principal em adultos com menos de 50 anos. Geralmente são causadas por traumas de guerra ou da vida civil, destacando-se os acidentes de trabalho e de trânsito, responsáveis por perdas extensas de substâncias, lesões graves por arrancamento, destruição e necrose de tecidos e contaminação grosseira.

➤ *Infecções incontroláveis* – as infecções podem ser agudas ou crônicas. Geralmente as agudas estão associadas a traumas com destruição tecidual maciça, sendo o ponto final nas tentativas de preservação do membro. A gangrena gasosa é a mais temível destas infecções exigindo cirurgia de urgência. As infecções crônicas, normalmente seqüelas de traumas graves, têm evolução mais lenta e permitem maior demora para a tomada de decisão de amputar, o que leva, muitas vezes, à perda de níveis mais distais para a realização da amputação. Como causa comum nestes casos temos a osteomielite.

Smeltzer e Bare (1992 b) afirmam que as causas mais freqüentes para amputação, em pessoas jovens, são traumatismos graves ou tumores, enquanto que em pessoas mais idosas a principal causa é relacionada à doença vascular periférica, caracterizada pela redução de fluxo sanguíneo através dos vasos periféricos. A insuficiência arterial das extremidades (predominantemente inferiores), na maioria das vezes, é encontrada em homens com mais de cinquenta anos e leva à isquemia e conseqüente necrose, que pode tornar necessária a realização de uma amputação.

Luccia, Goffi e Guimarães (2001) referem que as amputações de membros superiores e inferiores diferem entre si em diversos aspectos. A causa mais comum de amputações de membros superiores, em tempos de paz, é a lesão traumática por acidente de trabalho ou de trânsito.

Os princípios gerais de técnicas referentes a um e outro tipo de amputação apresentam características próprias, atendendo ao fato de que os membros superiores executam movimentos mais rápidos e delicados que os membros inferiores, devendo, assim, sempre que possível, serem poupadas as articulações desde as interfalangianas, pois a mão é, inquestionavelmente, o segmento mais importante dos membros superiores.

A amputação de membro superior determina a perda de duas funções críticas, ou seja, a sensibilidade terminal e a capacidade de preensão e habilidade manipulativa. Desta forma, os amputados de membros superiores devem ser submetidos a um exercício de recuperação funcional mais intenso e duradouro em centros de reabilitação especializados, carecendo possuir maior espírito de colaboração e desejo de reintegração ao trabalho profissional e à sociedade. A elaboração dos aparelhos protéticos é complexa, devendo ser procedida por pessoas com longas experiências.

Tooms (2003) refere que atualmente qualquer coto de amputação bem constituído, bem cicatrizado e satisfatoriamente protegido poderá receber uma prótese, que deverá

funcionar excelentemente. No entanto, as percentagens de rejeição da prótese aumentam progressivamente a cada nível mais elevado de perda de membro superior.

Tendo em vista que muitas atividades podem ser desenvolvidas com apenas um membro, em algumas situações as desvantagens para uso de prótese, em membro superior, acabam superando as vantagens para os amputados em níveis altos, mesmo quando são propostas próteses sofisticadas. Nestes casos, deve-se pensar com cautela antes de se fazer a opção pelo uso da prótese, que, muitas vezes, tem custo elevado e acaba não sendo útil como desejado.

Esse autor e também Luccia, Goffi e Guimarães (2001) citam como níveis para amputações de membros superiores, os seguintes:

➤ Amputações de dedos

Estão indicadas em lesões traumáticas de dedos que fogem ao alcance da cirurgia restauradora, osteomielite, osteoartrite de falange, refratária ao tratamento conservador, gangrena isquêmica de dedo, anquilose interfalangiana e metacarpofalangiana que causa imobilidade do dedo. São preferíveis em vista da possibilidade de reabilitação, devendo-se conservar, sempre que possível, o polegar.

➤ Amputações transcarpianas ou desarticulação de punho

Amputação indicada em lesões com comprometimento carpiano, sendo preferível à realizada através do antebraço, pois, desde que seja mantida a articulação radioulnar, serão preservados os movimentos de pronação e supinação que serão transmitidos, em 50%, à prótese.

➤ Amputações de antebraço

São indicadas em lesões traumáticas de mão com esmagamento de partes moles, fraturas, comprometimento vascular extenso, fracasso no reimplante de mão, osteoartrite crônica de carpo e metacarpo com conseqüente perda completa da função. Deve-se buscar

preservar qualquer mecanismo de pinça, afim de aproveitar os movimentos de pronação e supinação, que conferem à prótese maior eficiência.

➤ Desarticulação de cotovelo

Atualmente, a maioria dos cirurgiões acredita que a desarticulação de cotovelo é preferível ao invés de uma amputação mais proximal, pois a expansão dos côndilos umerais pode ser “agarrada” pelo soquete da prótese, podendo ser transmitida a rotação umeral ao dispositivo protético.

➤ Amputações de braço (acima do cotovelo)

Pode resultar de lesões traumáticas de antebraço ou cotovelo (com perda excessiva de partes moles e comprometimento da irrigação sangüínea), pinçamento da artéria braquial pelas extremidades ósseas na fratura, gangrena isquêmica do antebraço, tumores malignos no antebraço.

➤ Amputações de ombro

Estão incluídas nesta categoria as amputações através do colo cirúrgico do úmero, a desarticulação do ombro e a amputação do quarto superior. A função neste tipo de amputação fica tão comprometida que a prótese, muitas vezes, acaba sendo somente um dispositivo de sustentação para as atividades que devem ser realizadas com as duas mãos.

Segundo estes autores, não há estatísticas precisas sobre o número de amputados existentes ou o número de amputações realizadas anualmente, porém, sabe-se que aproximadamente 85% de todas as amputações realizadas ocorrem em membros inferiores e que o número de cirurgias de membros direitos e esquerdos é basicamente igual.

Um grande número de pessoas tem se beneficiado da cirurgia arterial restauradora. No entanto, um grande contingente de pacientes ainda é submetido à amputação de membros, muitas vezes, como procedimento primário. As amputações de membros inferiores têm evoluído ao longo dos tempos, juntamente com as discussões envolvendo a qualidade de vida

oferecida aos pacientes e novas técnicas para diminuir seus limites e facilitar suas reabilitações. A maioria dos portadores de doenças circulatórias periféricas tem condições de retornar em perfeitas condições de saúde física e psíquica ao convívio social e familiar após amputação (RAMACCIOTTI, LUCCIA e FREITAS, 2002).

Estes mesmos autores afirmam que temos como principal causa de amputações de membros inferiores a aterosclerose obliterante, sendo que o número de portadores desta doença vem aumentando progressivamente em consequência dos novos hábitos modernos de vida e elevação da expectativa de vida populacional. A alta incidência de diabetes na população é uma constante e sua taxa varia de 35% a 70%, dependendo da série analisada. O diabético tem quinze vezes mais risco de amputações em membros inferiores que o indivíduo não diabético.

Em seu estudo, Rodrigues (2002) aponta, como principais causas de amputação de membros inferiores para os diabéticos, o pé diabético (68,8%), doenças vasculares (12,5%), osteomielite (9,8%), gangrena (8,8) e tumores (0,3%), enquanto para os não diabéticos temos como causa principal as doenças vasculares (69,4%), seguida de osteomielite (12,6%), traumas (8,3%), gangrena (7,1%) e tumor (2,4%).

Observando os níveis de amputação de pacientes diabéticos e não diabéticos constatou-se que os que possuíam diabetes tiveram níveis de amputações menores (mais distais) com relação aos não diabéticos. Podemos verificar as seguintes proporções: para os diabéticos foram realizadas 24,5% amputações em podáctilos, 11,7% transfemorais, 11% transtibiais, 5,1% transmetatarsiana, 0,7% transmetatarsiana/transfemural, 0,2% desarticulação coxo-femural e 0,7% pé, enquanto para os não diabéticos temos 22,1% transfemorais, 9,3% podáctilos, 8,5% transtibiais, 4,5% transmetatarsianas, 0,9% desarticulação coxo-femural, 0,5% transmetatarsiana/transfemural e nenhuma de pé.

Estes dados condizem com o relatado por Ramacciotti, Luccia e Freitas (2002), os quais referem que a obstrução aterosclerótica se dá com maior incidência no diabético nos vasos de médio e pequeno calibre. Este fato pode facilitar a cicatrização do coto, permitindo níveis mais distais nas amputações.

Segundo Gils et al. (1999), amputações das extremidades inferiores são seqüelas comuns em pacientes diabéticos que apresentam ulcerações nos membros inferiores. Aproximadamente sessenta e sete mil amputações são realizadas na população diabética a cada ano nos Estados Unidos, representando uma taxa de 8,6 por ano entre mil pacientes, constituindo mais de 83% de todas amputações não traumáticas. A taxa de mortalidade dentro de três anos depois da primeira amputação de extremidade inferior é de 20%, enquanto num período de cinco anos chega até a 50%.

Rodrigues (2002) expõe o índice de mortalidade intra-hospitalar para pessoas amputadas de membros inferiores, diabéticas e não diabéticas, em um hospital de base no interior paulista. Observou que 53,1% dos pacientes que foram a óbito, no período estudado, eram diabéticos e encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, enquanto os outros 46,8% dos pacientes que faleceram não eram diabéticos e tinham entre 80 e 106 anos.

Verificou, então, que a maioria dos pacientes amputados que faleceu apresentava diabetes e era mais jovem que os demais. Este fato vem ressaltar a contribuição importante do diabetes nas amputações de membros inferiores, principalmente se recordarmos o que já foi dito anteriormente quanto aos níveis das amputações, ou seja, os diabéticos são amputados normalmente em níveis mais distais que os demais pacientes com vasculopatias, sugerindo que deveriam ter, desta forma, uma melhor recuperação e reabilitação.

No que se refere às amputações recorrentes, estas também são mais freqüentes em diabéticos (53,9%), destacando-se a realização de duas ou mais cirurgias.

No Brasil, de acordo com Pedrosa et al. (1998), as amputações em pessoas diabéticas perfazem 50% das amputações não traumáticas, sendo as complicações do pé diabético responsáveis por 40 a 60% dessas amputações. O status econômico e a inacessibilidade aos serviços de saúde, para pacientes diabéticos, representam elevada probabilidade de amputação, sendo a taxa de hospitalização recorrente estimada em 50% nos primeiros três anos pós-amputação e a taxa de mortalidade quatro vezes maior que para pacientes diabéticos não amputados.

Algumas complicações do pé diabético são causadas por insuficiência vascular, mas a maioria tem base neuropática, possivelmente piorada por doença vascular. O pé insensível não proporciona feedback sensitivo, fazendo com que a pele sofra solução de continuidade em decorrência de repetidos traumas não percebidos. Ao examinar um paciente diabético é essencial que seja incluída a avaliação dos pés, podendo-se, assim, com orientações sobre sapatos e teste de sensibilidade, importante para a prevenção de traumas, evitar um grande número de amputações (SNIDER, 2000).

Cada vez mais é necessário o envolvimento do profissional de enfermagem para com a pessoa portadora de doenças crônicas, como diabetes, que tem grandes implicações para as amputações, pois esta requer seguimento para o resto da vida. A prevenção de complicações depende da adesão ao tratamento, de mudanças no estilo de vida e do desenvolvimento de habilidades para o auto-cuidado. O enfermeiro tem se destacado no papel educativo destas pessoas e, cada vez mais, torna-se importante sua integração à equipe multidisciplinar, com vistas a contribuir, de maneira efetiva, nas estratégias educativas e na minimização de agravos à saúde (RODRIGUES, 2002).

Para isso, simultaneamente buscamos melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de amputações, pois, como referem Tennvall e Apelqvist (2000), a qualidade de vida apresenta-se reduzida em indivíduos diabéticos com amputações maiores.

No que se refere aos aspectos técnicos, as amputações são regidas por princípios fundamentais da técnica operatória, podendo ser abertas ou fechadas. As amputações abertas devem ser realizadas quando há infecção vigente ou iminente, para que haja completa drenagem de secreções, quando há dúvidas sobre a vascularização local ou mesmo se a musculatura remanescente está esmagada, com pouca vitalidade. As amputações fechadas são realizadas em casos onde não há infecção e a musculatura e vascularização local são adequadas, permitindo, assim, a síntese primária do coto.

Chaves (1961b) relata que tal procedimento pode ser realizado por método circular, elíptico, ovalar ou em secção plana, no ponto mais distal capaz de uma cicatrização satisfatória. Deve conservar-se ao máximo o comprimento da extremidade, compatível com a erradicação do processo patológico, sendo desejável a preservação das articulações do joelho e do cotovelo.

O local exato para amputação deve ser determinado pela circulação na área e as exigências impostas pela prótese, apesar da possibilidade dessa ser adaptada, praticamente, a qualquer nível de amputação. Este mesmo autor (1961) lembra também que os aparelhos ortopédicos (próteses) devem ser individualizados, pois só assim serão capazes de satisfazer as necessidades e funções especiais de cada paciente. A preocupação com o desenvolvimento mecânico, indicação e aplicação de próteses vem aumentando, bem como com a reintegração da pessoa na sociedade, readaptação, recuperação física e profissional do amputado, afim de que este não se sinta um peso para a sociedade.

Ramacciotti, Luccia e Freitas (2002) referem que a delimitação do nível para amputação de membros inferiores, nos casos de doença vascular periférica, é um aspecto controverso, mas que, a princípio, deve ser proximal à região isquêmica para proporcionar melhores condições de cicatrização aos tecidos. A melhor época para se proceder à amputação é quando já ocorreu a delimitação da área isquêmica e necrótica; no entanto, muitas vezes o

momento ideal é decorrente do balanço entre a área delimitada, as dores em repouso, o controle da infecção e as condições gerais do paciente.

Para estes autores, a evolução da cirurgia vascular vem ampliando as possibilidades de preservação das extremidades com a melhora dos níveis de amputação ou mesmo com o aumento do comprimento do coto. É importante, para o processo de reabilitação, que se tenham cotos longos, pois o consumo de oxigênio e o gasto energético para a marcha são bem maiores em amputações mais proximais, chegando a uma relação de 10% de aumento no consumo para pacientes com cotos longos, contra 40% de aumento no consumo para pacientes com cotos curtos, quando comparados a uma pessoa não amputada.

Para estabelecimento de níveis para amputações de membros inferiores, Luccia, Goffi e Guimarães (2001), Ramacciotti, Luccia e Freitas (2002) e Tooms (2003) recomendam:

➤ Amputações transfalangianas

Amputação através da falange proximal, que é indicada em casos de necrose localizada e bem delimitada dos podáctilos. Podem ser realizadas do segundo ao quinto podáctilos, apresentando pequeno déficit funcional. O hálux tem importante função na marcha devendo-se buscar ao máximo a sua preservação.

➤ Amputações transmetatársicas

Amputações realizadas nos metatarsos que normalmente são acometidos por contigüidade nos processos infecciosos ou na gangrena dos podáctilos. Apesar da diminuição da área plantar, proporcionam bons resultados do ponto de vista funcional, pois preservam a integridade dos movimentos do tornozelo.

➤ Amputações proximais do pé

Amputações utilizando níveis mais proximais do pé, em consequência de osteomielite ou necrose óssea em amputações transmetatarsianas, ou até mesmo perdas de área do retalho

plantar. Podem ser denominadas Lisfranc, quando realizadas nas linhas articulares tarsometatarsianas, e Chopart, quando realizadas na linha mediotársica.

➤ Amputações de Syme e Pirogoff

A amputação de Syme consiste na desarticulação tibiotársica com a exérese total do tornozelo. Quando se preserva a tuberosidade do calcâneo juntamente com o retalho plantar, é denominada amputação de Pirogoff. São indicadas quando as lesões necróticas acometem o dorso podálico ou quando houve insucesso nas amputações transmetatársicas ou proximais do pé.

➤ Amputações transtibiais

As amputações transtibiais, ou abaixo do joelho, são as mais freqüentemente realizadas, normalmente em nível do terço médio ou superior da perna, buscando a preservação da inserção do tendão patelar e, conseqüentemente, da função do joelho.

➤ Desarticulação do joelho

A desarticulação do joelho é indicada em neoplasias, infecções, traumatismos e até mesmo em vasculopatias e determina a preservação do comprimento ósseo e da musculatura da coxa intacta, mantendo, conseqüentemente, uma alavanca muito útil ao paciente, conferindo-lhe uma maior autonomia.

➤ Amputações transfemorais

Inicialmente, a preocupação com as condições circulatórias levou os cirurgiões a considerarem este o nível mais seguro para a cicatrização dos tecidos; no entanto, com os bons índices de cicatrização nas amputações transtibiais e a necessidade da preservação articular do joelho, este nível passou a ser o segundo mais freqüente nas indicações de amputações por doença vascular periférica.

➤ Desarticulação coxo-femoral

São mais indicadas em vasculopatias devido à progressão proximal da aterosclerose e face às complicações infecciosas envolvendo enxertos nos procedimentos de revascularização dos membros inferiores.

SANTOS et al. (1999) afirmam que, em caso de amputações traumáticas (comuns em acidentes automobilísticos), o tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão, a qual pode causar morte por hemorragia, e pela possibilidade de reimplante do membro amputado.

Para Smeltzer e Bare (1992b), a perda de uma extremidade exige grandes ajustamentos por parte do amputado e a percepção da amputação deve ser compreendida pela equipe assistencial. Lembram também que os principais objetivos dos cuidados de enfermagem ao paciente amputado são de promoção do alívio da dor e de percepção alterada (dor fantasma), promover cicatrização da ferida, incentivar a independência no auto-cuidado bem como ajudar no estabelecimento de uma auto-imagem aprimorada e superação da mágoa resultante da perda de uma parte do corpo.

Anteriormente à cirurgia deve-se avaliar o estado neuromuscular e funcional da extremidade, bem como o estado psicológico do paciente, pois a avaliação de sua reação emocional à amputação é essencial para os cuidados de enfermagem, os quais, segundo Shull (1996), incluem o monitoramento da drenagem do coto, posicionamento do membro afetado, auxílio para os exercícios prescritos pela fisioterapia, bem como envolver e proteger o coto.

Segundo Ramacciotti, Luccia e Freitas (2002), a aceitação da mutilação sofrida é um processo complexo tanto para o paciente como para a família, devendo, sempre que possível, o suporte psicológico anteceder a fase cirúrgica da amputação, ocorrer durante a fase de preparo para a protetização e manter-se até a reintegração social e laborativa do paciente.

Juntamente com o crescente aumento no número de amputados, tanto por problemas vasculares, quanto por acidentes automobilísticos, observamos uma crescente preocupação

com a reabilitação destes pacientes, reintegração dos mesmos à sociedade como pessoas produtivas e capacitadas, enfim, manutenção da vida com qualidade.

Definir qualidade de vida, no entanto, parece ser tarefa complicada, pois não se encontra na literatura um consenso, uma vez que os diversos autores consideram aspectos diferentes, com relevâncias diferentes, para conceituar e mensurar qualidade de vida.

Para Diogo (1990) e Souza et al. (2003) a qualidade de vida para o idoso tem sido associada a questões de dependência – autonomia, sendo essas dependências resultantes de alterações biológicas (deficiências ou incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

A relatividade da noção de qualidade de vida apóia-se em três fóruns de referência:

- _ Histórico – em um determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica;
- _ Cultural – valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições;
- _ Classes sociais – em sociedades onde há desigualdades e heterogeneidades muito grandes, os padrões de bem-estar são estratificados, sendo a idéia de qualidade de vida relacionada ao bem-estar das camadas superiores.

É importante observar que a concepção de qualidade de vida é composta, também, por valores não materiais como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade.

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, quando investigações sistemáticas começaram a dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais.

Minayo, Hartz e Buss (2000) referem que a Organização Mundial de Saúde, por meio do grupo de qualidade de vida (WHOQOL Group), define qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. De acordo com esta definição, a qualidade de vida para a pessoa amputada parece ser uma questão de domínio único do mesmo, sendo ele o responsável por defini-la e caracterizá-la em sua vida, em seu existir.

Esta visão pode ajudar-nos a entender um pouco mais sobre o paradoxo das incapacidades, relatado por Albrecht e Devlieger (1999), baseado no seguinte questionamento: é possível uma pessoa incapacitada ter boa qualidade de vida? Segundo esses autores pessoas portadoras de deficiências incapacitantes referem ter boa qualidade de vida. Ultrapassar os limites das incapacidades é difícil, mas, quando isto é alcançado, torna-se motivo de satisfação e prazer, com conseqüente melhora da qualidade de vida ou percepção da mesma. É fundamental para isto conseguir-se o equilíbrio entre mente, corpo e espírito.

Por ser enfermeira, busquei, na literatura, por conhecimentos produzidos pelos enfermeiros sobre a amputação. Para tanto, procurei revisar periódicos indexados, publicados entre janeiro de 1990 e dezembro de 2003 ou a partir da data de início das publicações do periódico, em se tratando daqueles criados recentemente, uma vez que a incidência de acidentes automobilísticos e doenças crônico-degenerativas que podem levar à amputação vem aumentando progressivamente.

Apresento a seguir uma tabela onde exponho os dados obtidos desse levantamento bibliográfico, abrangendo as publicações do conhecimento produzido por enfermeiros, referentes ao tema amputação e assistência de enfermagem a amputados:

Tabela 1 – Conhecimento produzido por enfermeiros sobre amputação e assistência de enfermagem a pacientes amputados, divulgado em periódicos de enfermagem, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2003.

PERIÓDICOS	PERÍODO CONSULTADO	TOTAL DE VOLUMES	TOTAL DE ARTIGOS	TOTAL ARTIGOS AMPUTAÇÃO/ ASSIST. ENF.
Revista Latino-am. Enferm.	Jan. 1993 / Dez. 2003	11	642	02
Revista Brasileira Enferm.	Jan. 1990 / Dez. 2003	14	786	02
Revista Gaúcha Enferm.	Jan. 1990 / Dez. 2003	14	259	00
Revista Esc. Enferm. USP	Jan. 1990 / Dez. 2003	14	571	01
Revista Paulista Enferm.	Jan. 1990 / Dez. 2003	14	236	02
TOTAL	---	67	2494	07

Esta tabela permite observar a escassez de publicações, nos últimos anos, referentes ao assunto consultado, visto que, de **2494** artigos pesquisados, somente **sete** abordam a questão da amputação.

Foram encontrados dois artigos na Revista Latino-americana de Enfermagem abordando o tema, sendo ambos do mesmo autor. Em um de seus artigos, Diogo (1997) menciona que a idade avançada não é razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional, porém, a incidência de doenças crônico-degenerativas, associada a incapacidades físicas no idoso aumenta a dependência e perda da autonomia. Em 2003, Diogo discorre sobre a reabilitação de idosos amputados, a importância da avaliação da capacidade funcional para o processo de reabilitação e a associação entre o grau de dependência e o tipo (unilateral ou bilateral) e nível da amputação (transtibial, transfemural, outras), sendo que é maior a probabilidade do indivíduo viver bem na comunidade se ele sofrer uma amputação transtibial e unilateral.

Santana (2000), na Revista Brasileira de Enfermagem, reflete sobre a experiência vivida pelo ser humano diabético ao sofrer uma perda de parte do corpo. O corpo é físico, é espírito, é mais que isto, é vida. Perder parte deste corpo é ter que se acostumar com um novo ser em sua incompletude. O corpo fala e silencia quando da mutilação, pois a mesma cria áreas de silêncio à medida que retira uma parte do ser, uma parte da sua existência. Os diabéticos verbalizam medo da mutilação e mostram-se despreparados para conviver com essa redução corporal e alteração de sua presença no mundo.

Neste mesmo periódico, Chini e Boemer (2002) abordam a importância da realização de estudos que busquem compreender a amputação e a pessoa amputada em sua vivência/existência, bem como apontam a lacuna existente na literatura de enfermagem sobre o assunto, uma vez que é reduzido o número de publicações sobre o tema.

Na Revista da Escola de Enfermagem – USP, Diogo (1993) discorre sobre a auto-imagem do idoso submetido à amputação de membros inferiores, considerando que na sociedade atual, o padrão de beleza é caracterizado pela imagem do jovem sadio, de corpo delineado. Desta forma, o idoso amputado traz consigo estigmas impostos pela sociedade, ou seja, é velho e deficiente.

Dois artigos foram encontrados na Revista Paulista de Enfermagem. Em um deles, o autor Diogo (1995) discorre sobre a relação entre autonomia e capacidade de independência dos indivíduos na realização de atividades, principalmente no que se refere ao idoso submetido a uma amputação e o preconceito a que é submetido, apesar de seu grande potencial para a reabilitação. No outro, os autores Diogo e Campedelli (1992), abordam o tema sob a perspectiva da dependência-autonomia e as alterações decorrentes de uma amputação nas atividades da vida diária.

Em pesquisa realizada no Banco de Dados Pubmed, o qual possui revistas indexadas internacionalmente pelo Medline, utilizando-se como palavras chave amputation and nurse e

amputation and nursing, foram encontrados 583 artigos referindo-se à questão da amputação. Esses artigos abordam a amputação sob vários aspectos como: o cuidado de enfermagem e a amputação, prevenção de amputações em diabéticos, a utilização de próteses e a reabilitação, controle da ansiedade, entre outros. Não podemos, no entanto, afirmar que todos os autores que publicaram suas pesquisas neste banco de dados são enfermeiros, uma vez que esta informação não consta dos artigos (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&BD=pubmed>).

Prosseguindo na busca da produção acadêmica dos enfermeiros sobre o assunto, voltei-me, também, para a área de Pós-graduação, revisando os catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn). A revisão abrangeu o período de janeiro de 1979 a dezembro de 2000, sendo que até dezembro de 1997 os dados desta busca encontram-se expostos na tabela a seguir. À partir desta data até dezembro de 2000, a revisão foi realizada pela pesquisa em CD-ROM, o qual não permite a visualização do total de teses publicadas. Neste período não foram publicadas teses ou dissertações abordando o assunto.

Tabela 2 – Conhecimento produzido por enfermeiros, no âmbito da Pós-graduação, sobre amputação e assistência de enfermagem a pacientes amputados, divulgado nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn), no período de janeiro de 1970 a dezembro de 1997.

CATÁLOGOS	PERÍODO CONSULTADO	TOTAL VOLUMES	TOTAL TESES/DISSERT.	TOTAL TESES/DISSERT AMPUT./AS.ENF.
Catálogos CEPEn	Jan.1979 / Dez. 1997	15	1546	05
TOTAL	---	15	1546	05

Verificamos que a produção em nível de pós-graduação referente à questão da amputação mostra-se também reduzida, uma vez que, entre **1546** teses/dissertações pesquisadas, somente **cinco** abordam o assunto. Este fato vem mostrar, de forma clara, a

existência de uma lacuna na literatura acerca de conhecimentos produzidos e publicados por enfermeiros a respeito do tema.

Observando-se o aumento da realização de amputações e a crescente preocupação com a prevenção das mesmas, principalmente no que se refere àquelas resultantes de doenças crônico-degenerativas, bem como a garantia de melhores condições de vida para a pessoa que necessitou ser submetida à amputação, passando a ser um portador de deficiência física, é importante que enfermeiros contribuam com a produção de conhecimentos sobre o assunto, de forma a compreender o significado da amputação para a pessoa que a vivencia, desde os primeiros momentos, abrindo, assim, caminhos que conduzam esta pessoa a um melhor conviver com sua nova situação, com o habitar um novo corpo e, a partir desta compreensão, lançar-se no mundo, em plenitude.

Devido ao reduzido número de trabalhos que buscam compreender o ser humano submetido à amputação em suas emoções e sentimentos não consegui, na busca literária, respostas às minhas inquietações. Algo permanecia oculto para mim apesar da revisão da literatura. As vivências em hospitais possibilitaram-me um diálogo com pessoas que tiveram parte do corpo recentemente amputada. Nesses diálogos, pude perceber que a amputação, para elas, vai para além da dimensão biológica, perceptível às pessoas. Nesse momento de minha trajetória, direcionei meu olhar para outra perspectiva de enfoque do tema “ser amputado”, buscando por caminhos que me possibilitassem explicitar a interrogação. Pude, então, conhecer o referencial filosófico de Merleau-Ponty (1994), o que me auxiliou nesse novo ver a amputação.

2. O corpo na perspectiva filosófica de Merleau-Ponty

Buscando explicitar minha interrogação no que se refere à questão da amputação, recorri à filosofia, mais especificamente a algumas idéias do pensamento filosófico de Merleau-Ponty, pois, como relatam Coelho Jr. e Carmo (1991), ele é filósofo da existência, do corpo, fenomenólogo da percepção, que nos instiga a todo instante, impedindo um pensamento cristalizado que se reduza seja à explicação (que só dá conta de detalhes materiais), seja à devoção (que faz com que não se queira saber nada fora de sua vida, que coloquemos sua obra como um milagre fora da história privada ou pública). A influência, a força e o poder de sedução de seu pensamento obriga-nos a repensar nossa visão de homem e nossas certezas arraigadas.

Maurice Merleau-Ponty nasceu em março de 1908, na França, e inicia sua carreira acadêmica como professor em 1930, após ter cursado filosofia.

Segundo Carmo (2000), Merleau-Ponty praticou uma filosofia que se preocupou com o homem mais na sua existência que na sua essência. O homem é pensado em seu meio natural, cultural e histórico, ou seja, como ser-no-mundo, mais do que como ser ideal, privilégio anteriormente dado pela filosofia da consciência. Almejava desenvolver uma filosofia que mostrasse o “enraizamento” do espírito no corpo, isto é, a consciência atada a um corpo que a liga ao mundo.

De acordo com Veríssimo (2005), um importante elemento da originalidade do filósofo refere-se ao fato dele remeter-nos à experiência do ato perceptivo, como fundamento do movimento existencial de se projetar e se situar com os sentidos em nossa circunvizinhança. Investigando o ato perceptivo é que o corpo desponta como sede privilegiada da nossa apropriação do mundo.

Coelho Jr. e Carmo (1991) afirmam que Merleau-Ponty, em sua filosofia, pela investigação da percepção, tenta superar o dualismo corpo-espírito, unindo o extremo objetivismo ao extremo subjetivismo. Busca um conhecimento mais concreto, um pensamento que desse conta do homem como ser-no-mundo, ultrapassando tanto a concepção materialista da ciência positivista, que basicamente considera o corpo como objeto, quanto a visão espiritualista que desconsidera valorativamente o corpo, opondo-o à alma. O ser-no-mundo é um só ser que está aí pelo corpo, ao mesmo tempo que dotado de um espírito, de uma essência, sendo um ser único em sua singularidade.

Para Merleau-Ponty (1994) o corpo é nosso meio geral de ter o mundo, constituindo-se como elemento primordial do existir. Por ele estamos inseridos no mundo, nos comunicamos, nos expressamos, experienciamos e estamos abertos às vivências. Ele não é objeto.

Sendo o corpo, então, a sede de nossas experiências, pude, através dessa incursão por algumas idéias de Merleau-Ponty sobre o corpo e sua inserção no mundo, percebendo e sendo percebido, permitir o emergir mais claro de minha interrogação: **“O que é isto, a amputação?”**. Preencher este **isto** é tarefa da fenomenologia. Minha preocupação se explicita e passo a ter a proposta de compreender a amputação tal como ela se mostra à pessoa que a vivencia, utilizando-me para tanto da fenomenologia, uma vez que esse referencial busca a compreensão dos fenômenos vivenciados pelos sujeitos e não a explicação ou mensuração sob a ótica de um fato.

Desta forma, entendo ser necessária a realização deste trabalho que, por meio dos depoimentos de pessoas que vivenciam o fenômeno amputação, pode desvelar algumas facetas que se mostram ocultas a mim, permitindo compreender o fenômeno da maneira que ele se constitui, em sua essência.

Segundo Merleau-Ponty (1994), por meio da fala retomamos o pensamento do outro, uma reflexão no outro, um poder de pensar segundo o outro que enriquece nossos próprios

pensamentos. A fala é um verdadeiro gesto e contém seu sentido, sua significação; é um mundo. Desta forma, a amputação mostrar-se-á a nós nestes depoimentos.

3. Caminho metodológico

3.1. O referencial da fenomenologia e a proposta dessa investigação

O positivismo (como denominação para a filosofia do século XIX) evoca as convicções de Augusto Comte (1798-1857) de que o nascimento da ciência teria marcado o início histórico da humanidade, sendo ciência compreendida como verdade, como pesquisa limitada a fatos, ou seja, a ocorrências empiricamente verificáveis com metodologia sistemática e relações constantes entre esses fatos. Deste modo, superam-se as épocas em que os fenômenos naturais e sociais eram vistos como manifestações de seres divinos e todas as doutrinas consideradas não científicas ou não verdadeiras (mitos, crenças religiosas, entre outros) eram tidas como saberes ilusórios e falsos (CUPANI, 1984).

Esse mesmo autor refere ainda que com o Círculo de Viena, nova corrente intelectual, há o desenvolvimento do neopositivismo, que adota uma postura ainda mais radical, com a introdução da lógica matemática como instrumento de análise da linguagem humana, defendendo que o discurso humano só encerra conhecimento quando é logicamente consistente.

Na concepção positiva de ciência, esta é tida como único conhecimento válido, sendo este: objetivo (suas afirmações são controláveis mediante procedimentos definidos), metódico, desinteressado da realidade (a finalidade é explicar o mundo, porém, o cientista deve manter uma relação de imparcialidade com o fenômeno pesquisado), crítico (tudo pode ser substituível ou revisável, caso se mostre falso, injustificável ou inútil), preciso (elaborado

com linguagem sem ambigüidade ou conotação subjetiva), possuidor de raciocínio lógico e matemático (garantindo coerência do pensamento) e conhecedor de leis para explicar e prever os fenômenos.

O modo de pesquisa positiva mostra-se eficaz na compreensão das ciências naturais e Comte propõe sua aplicação ao mundo humano, sendo esta idéia alvo de críticas, uma vez que os fenômenos humanos são muito mais complexos que os naturais, não comportando somente a metodologia científico-natural, que ignora a singularidade das pessoas, bem como sua liberdade (CUPANI, 1984).

Para Merleau-Ponty (1994), é na experiência vivida que podemos apreender a complexa trama do comportamento humano e não em situação criada em laboratório.

Segundo Martins, Boemer e Ferraz (1990), a fenomenologia surgiu no início do século XX, com Edmund Husserl, como a ciência para as experiências vividas, contrapondo-se às idéias positivistas de Augusto Comte, evidenciando que os seres humanos não são objetos e suas atitudes não podem ser vistas como simples reações.

Husserl censura as ciências humanas, principalmente a psicologia, por terem adotado o método das ciências naturais e aplicá-lo sem discernir que seu objeto é diferente. Rejeita o naturalismo dessas ciências que, não tendo destacado a especificidade do seu objeto e tratando-o como se tratasse de um objeto físico, confundem a descoberta das causas exteriores de um fenômeno com a natureza própria deste (DARTIGUES, 2002).

Para Capalbo (1984), a fenomenologia se apresenta como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra e explicita, que se preocupa com a essência do vivido. É ainda uma ciência do possível, ou seja, refere-se à possibilidade enquanto modo de ser da existência humana, que possui projetos existenciais.

Conforme o relatado por Merighi (2003), a fenomenologia nos convoca a retomar o caminho qualitativo da existência, a redescobrir o sentido global do existir no mundo, o

sentido de ser humano no mundo, o sentido de nossa existência. Não podemos abandonar nem a razão, nem a técnica, mas sim recuperar o sentido do ser, da existência humana, do ser humano no mundo.

É ressaltada, na fenomenologia, a importância do sujeito no processo de construção do conhecimento, procurando interrogar a experiência vivida e o significado que o sujeito lhe atribui, ou seja, procura não priorizar o objeto e/ou sujeito, mas centra-se na relação sujeito-objeto-mundo, buscando a indissociação entre eles.

A fenomenologia, na perspectiva de Husserl, possibilita ao pesquisador o acesso à consciência humana, a volta às coisas mesmas, às essências, o que significa chegar à verdades, à realidade desprovida de estereótipos ou pressupostos em relação ao fenômeno pesquisado.

Boemer (1994) refere que a fenomenologia é o discurso esclarecedor do que se mostra oculto e tem o sentido de des-velar (tirar o véu, desocultar). Tem como objeto de estudo a realidade enquanto vivida pelos sujeitos (pesquisador e cliente), buscando descrever e mostrar o fenômeno sem tentar explicá-lo e mensurá-lo para, assim, alcançar a essência do mesmo.

Este envolvimento do pesquisador com o fenômeno que interroga, se dá, segundo um pensar husserliano, nas investigações fenomenológicas, pois estas são caracterizadas pela discussão e esclarecimento da estrutura da consciência. A mesma não é uma substância, nem é redutível àquilo que a observação empírica pode propiciar. Consciência, então, é ato que está voltado para algo, para o mundo exterior, para as coisas, para outros homens, para si mesma ou para seu ego, etc. (CAPALBO, 1984).

Segundo Dartigues (2002), consciência é sempre consciência de alguma coisa e está dirigida a um objeto. Por sua vez, o objeto só pode ser definido em sua relação à consciência, ele é sempre objeto para um sujeito. Consciência e objeto não são duas entidades separadas na natureza, mas sim se definem, respectivamente, a partir da correlação que lhes é original.

Conforme relatam Martins e Bicudo (1989), o fenômeno só se mostra enquanto fenômeno quando, vivendo no mundo, somos afetados por algo e esse algo não está claro para nós, pedindo-nos aclaramento, desvelamento. Ele se mostra de forma situada onde há um sujeito que vive uma situação. O acesso a ele se dá pelo experienciar o fenômeno ou, indiretamente, pela metacompreensão, ou seja, por meio da descrição do compreender de alguém.

Os fenômenos se doam a nós por meio dos sentidos, eles se doam sempre dotados de um sentido ou de uma essência que vai responder à questão: o que é ? Esta questão pode ser colocada sobre qualquer fenômeno e, se não o fazemos, é porque estamos assegurados de sua essência ou acreditamos que estamos (DARTIGUES, 2002).

Carvalho (1987) relata que por meio da metodologia fenomenológica podemos mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos que se mostram e se expressam de si mesmo na entrevista empática. O método fenomenológico busca o que transcende as particularidades empíricas de que se investe o fenômeno enquanto aparência e, portanto, permite compreendê-lo. A entrevista clássica busca obtenção de dados sociais ou situacionais, enquanto na perspectiva fenomenológica vemos e observamos, a partir do espaço e tempo do cliente, sendo espaço habitado o que se expressa pela amplitude da vivência e não o espaço geométrico, e o tempo um engajamento e consciência de si e não uma sucessão do que passa.

Escutar a palavra do outro, do cliente, é tornar-se sensibilidade, intuição, é imbuir-se e impregnar-se de seus gestos e de toda a sua forma de dizer as coisas; é como se pensasse seu pensamento e, assim, compreender esse pensamento, seu gesto, escutar o silêncio que se faz comunicação, que se faz fala. No seu discurso, percebe-se um sentido que transcende o emprego das palavras, dos vocábulos e expressões culturais e idiomáticas, próprias da cultura e da língua em que se exprime.

Desta forma, na entrevista pode emergir a consciência de si, ou seja, a consciência que o cliente tem de sua maneira de estar no mundo e de se posicionar face às situações, permitindo ao entrevistador captar sua maneira de vivenciar o mundo. Não se busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias e sim uma fala que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo. Para compreender o pensamento do cliente deve-se penetrar seu mundo, sua vida e presença, impregnar-se e imbuir-se de seus gestos, abstraindo todo e qualquer preconceito, conforme ressalta Boemer (1994).

Segundo Martins, Boemer e Ferraz (1990), o momento em que se dá o encontro entre o pesquisador e o fenômeno (quando o fenômeno é colocado em suspensão, diante dos olhos para que o pesquisador o veja de forma atenta), constitui-se no que Husserl chamou de *epoché*, que significa redução de toda e qualquer crença, teoria ou explicações *a priori*, uma saída da maneira comum de olhar e um abandonar os preconceitos e os pressupostos em relação ao tema de estudo. O pesquisador deve, portanto, suspender suas experiências e pensamentos, atento às descrições dos sujeitos de pesquisa para que, assim, consiga o desvelamento do fenômeno, da forma como ele é, em si próprio.

Ao recusar os conceitos prévios, as teorias e as explicações *a priori*, o pesquisador não parte de um marco zero ou um vazio. Vive-se num pré-reflexivo e, enquanto este não se torna reflexivo, não se tem uma inteligibilidade do fenômeno. A reflexão deve incluir a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam. É a volta às coisas mesmas; lema da fenomenologia, segundo Husserl.

Olhando as coisas como elas se mostram em si mesmas, podemos compreendê-las e direcionar, de modo mais adequado, nosso olhar, nossas ações, atos e pensamentos. A fim de compreender as coisas e o mundo, a fenomenologia, e conseqüentemente a filosofia, vem se mostrando como caminho possível, passando a se integrar como alternativa metodológica de pesquisa para as diversas ciências. Alguns autores, citados abaixo, já utilizam-se desta forma

de investigação em diversas áreas como, por exemplo, psicologia, educação e saúde. A enfermagem, portanto, pode perfeitamente fazer uso desta possibilidade que se apresenta, uma vez que tem como objetivo, em seu trabalho, garantir o bem-estar do paciente que recebe a assistência. Compreendendo a vivência do cliente, centro de toda assistência, é capaz de proporcionar um atendimento individualizado, coerente com o momento vivenciado pela pessoa que recebe o cuidado.

Capalbo (1984) relata que a tendência da enfermagem é a de considerar o homem em seu todo, holisticamente, e não mais isoladamente em partes que funcionam mecanicamente, buscando, assim, superar os dualismos clássicos (oriundos da visão naturalista de homem) como mente e corpo, indivíduo e sociedade, saúde e doença, relacionamento pessoal e impessoal.

Para Merighi (2003), a fenomenologia não vai explicar a doença; ela busca compreender o homem em sua totalidade existencial, enquanto homem inserido numa dada sociedade histórica e culturalmente situada. Ela contribui para a enfermagem, uma vez que a tendência desta é a de retomar e considerar o homem em seu todo, de modo holístico, e não mais isoladamente em partes. A assistência à saúde volta-se, assim, para pessoas congruentes e livres e não mais pacientes anônimos sobre os quais irá se atuar.

Referem também Martins, Boemer e Ferraz (1990), Boemer e Rocha (1996) e Corrêa (1997) que a enfermagem, ao despertar para outras dimensões além da biológica, necessita de abordagens diversas de pesquisas para produzir conhecimentos. Nesse sentido, a fenomenologia mostra-se como um caminho possível para a realização de investigações, vislumbrando um novo horizonte de compreensão da enfermagem nas relações humanas, uma vez que o homem é visto como um ser e não como conjunto de fragmentos. O conhecimento construído com base na fenomenologia pode possibilitar transformação no sentido de que o cuidado de enfermagem se dê para além do biológico e técnico, proporcionando, assim, uma

melhor qualidade do cuidado prestado e da inter-relação com o homem a quem se presta esse cuidado.

É de extrema importância que a enfermagem incorpore em seu mundo visões fundamentadas no existir, visões de aproximação humanitária, pois o que se observa, de modo geral, é um fazer mecânico, que não valoriza a individualidade de cada ser cuidado. O discurso acadêmico, que enfoca um cuidar holístico, acaba como que sufocado pelo fazer cotidiano, norteado por uma visão organizacional e funcionalista. Somado a isto temos a falta de compreensão, por parte do profissional, sobre o momento vivenciado pelo paciente.

Partindo desses pressupostos filosóficos, vejo, na fenomenologia, a possibilidade de compreender o fenômeno, “estar vivenciando uma situação de amputação”, da maneira que ele se mostra em si mesmo e seu significado para a pessoa que o experiencia. Pela compreensão, desta experiência, é possível abrir novos horizontes que possibilitem um cuidar mais humano, voltado à singularidade da pessoa.

A fim de compreender o fenômeno que se encontra diante de meus olhos para investigação, busquei a descrição da experiência pelos sujeitos que a vivenciam, em um momento em que há a iminência de uma futura condição no mundo, quando o poder ser uma pessoa amputada começa a mostrar-se a ela e, em um momento no qual a pessoa ainda está se apropriando de sua nova condição no mundo, em seu “sendo amputado”.

4. A obtenção dos dados

4.1 Cuidados preliminares

Para o desenvolvimento deste estudo foi escolhido, como contexto, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), mais precisamente as clínicas cirúrgicas vascular e ortopédica do HC-Campus. Este hospital é constituído por duas unidades: HC-Campus, onde normalmente são internados pacientes para tratamento clínico ou cirúrgico (eletivo/ ambulatorial), e HC-UE (Unidade de Emergência) onde são atendidos pacientes de Ribeirão Preto e região em situações de urgência e emergência.

A fim de delimitar qual das duas unidades seria mais adequada ao desenvolvimento do estudo, realizei um levantamento das amputações, feitas no ano de 2004, nestas unidades, comparando-as. Apresento a seguir os dados obtidos deste levantamento, ressaltando que estão apresentados de forma simples, pois, uma análise mais profunda, pode ser objeto para realização de outro estudo.

Tabela 3 – Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004 no HCFMRP – USP, segundo local de realização.

Mês	UE	Campus	Total
Janeiro	09	07	16
Fevereiro	08	04	12
Março	07	02	09
Abril	05	02	07
Continua			

Continuação			
Mês	UE	Campus	Total
Maio	03	07	10
Junho	07	04	11
Julho	12	06	18
Agosto	12	06	18
Setembro	04	07	11
Outubro	10	05	15
Novembro	06	03	09
Dezembro	05	02	07
Total	88	55	143

Observamos, nesta tabela, que durante o ano de 2004, a quantidade de amputações variou pouco de um mês para outro, sendo a maioria destes procedimentos realizados na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP. Isto pode ser correlacionado ao fato desta unidade realizar atendimentos emergenciais, incluindo-se a traumatologia, ou seja, todas as pessoas vítimas de acidente são encaminhadas e socorridas inicialmente nesta unidade, onde, muitas vezes, é feita a amputação ou regularização do coto.

Tabela 4 – Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo local e clínica de realização.

Clínica	UE	Campus	Total
Cirúrgica	40	--	40
Vascular	--	29	29
Ortopedia	21	11	32
Outros	27	15	42
Total	88	55	143

Esta tabela nos mostra a quantidade de amputações segundo o local onde foi realizada e a clínica de internação responsável pelo paciente. A Unidade de Emergência do HCFMRP-USP não possui, como na unidade do Campus, uma clínica cirúrgica voltada somente para a especialidade vascular. Nota-se que a maioria das amputações, nesta unidade, foi realizada em pacientes internados na clínica cirúrgica, sendo a mesma responsável por cirurgias em geral, inclusive por amputações decorrentes de problemas vasculares ou não.

No HC-Campus, a maioria dos procedimentos foi realizada em pacientes internados na clínica vascular, ou seja, a maior parte das amputações nesta unidade é decorrente de patologias de ordem circulatória.

Tabela 5 – Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo sexo, faixa- etária e local de realização.

Faixa etária	UE		Campus		Total
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
00 – 10	03	--	--	01	04
11 – 20	02	01	02	--	05
21 – 30	12	01	--	02	15
31 – 40	07	01	01	02	11
41 – 50	06	--	03	05	14
51 – 60	16	03	10	04	33
61 – 70	10	01	08	04	23
71 – 80	07	08	07	03	25
81 – 90	04	05	01	01	11
91 – 100	01	--	01	--	02
Total	68	20	33	22	143

Analisando esses dados da tabela 5, observamos que a maioria dos pacientes que sofreu amputação, é do sexo masculino, com predominância na faixa etária de 51 a 60 anos, seguida de 71 a 80 anos e 61 a 70 anos. Essas observações foram também relatadas por Tooms (2003), quando afirma ser elevada a incidência da perda de membros na faixa etária dos 50 aos 70 anos, sendo, aproximadamente, 75% das amputações realizadas em homens.

Verificamos, também, que há uma grande discrepância no número de amputações realizadas em homens e mulheres, na Unidade de Emergência, com destaque aos adultos jovens. Acredito que este fato deva-se à maior susceptibilidade ao trauma, tanto automobilístico, quanto em acidentes de trabalho, do indivíduo de sexo masculino.

Tabela 6 – Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo local, clínica e nível de amputação.

Nível	Cirurg.	UE Ortop.	Outros	Vasc.	Campus Ortop.	Outros	Total
Amputação antebraço	01	--	--	--	--	--	01
Amputação dedo pé	12	03	01	05	--	05	26
A. articulação metatarsofalangica	01	02	01	--	--	--	04
Amputação infra- patelar	19	01	07	11	02	04	44
Amputação supra- patelar	07	--	06	06	04	02	25
Amputação membro inferior	--	--	01	--	--	--	01
Amputação membro superior	01	--	--	--	01	--	02
Revisão amp. Traumática	--	01	--	--	--	--	01
Desarticulação de dedo	03	13	05	02	02	01	26
Desarticulação coxo-femural	01	--	--	--	02	01	04
Desarticulação de joelho	--	--	--	04	--	01	05
Amputação mão	--	01	--	--	--	01	02
Amputação transmetatarsiana	--	--	01	01	--	--	02
Total	45	21	22	29	11	15	143

Por essa tabela, verificamos a predominância de amputações de membros inferiores, principalmente a nível infra-patelar, que são seguidas pelas de dedo do pé e pelas supra-patelares. Esses dados vêm ao encontro do relatado por Tooms (2003), quando refere que a maior parte das amputações realizadas (cerca de 85%) são de membros inferiores.

Tabela 7 – Número de amputações realizadas, no período de janeiro a dezembro de 2004, no HCFMRP – USP, segundo patologia, faixa etária e sexo.

Faixa etária Patologia//Sexo	0-20		21-40		41-60		61-80		81-100		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Neoplasia	02	--	--	--	03	01	--	--	--	--	06
Mal formação congênita	--	01	--	01	--	--	--	--	--	--	02
Trauma	04	02	20	01	06	02	01	--	--	--	36
Gangrena	--	--	--	03	03	02	01	--	--	--	09
Gangrena + trombose	--	--	--	--	01	01	08	05	04	01	20
Trombose + embolia	01	--	--	--	05	--	07	--	02	01	16
Diabetes + complicações circulatórias	--	--	--	--	13	05	13	10	01	04	46
Diabetes + infecção	--	--	--	--	04	01	01	01	--	--	07
Úlcera + osteomielite	--	--	--	--	--	--	01	--	--	--	01
Total	07	03	20	05	35	12	32	16	07	06	143

As causas de amputações apresentadas na tabela, o são de maneira idêntica às encontradas no sistema de registro do hospital, sendo que este é elaborado com base nas anotações e diagnósticos dos médicos responsáveis pelo procedimento/atendimento.

Em consonância com o encontrado na literatura (Smeltzer e Bare em 1992a, Luccia, Goffi e Guimarães em 2001 e Tooms em 2003), o trauma é responsável pela maioria das amputações em pessoas jovens, neste caso com idades entre 21 e 40 anos, sendo, predominantemente, do sexo masculino. A partir dos 40 anos, observamos que as causas vasculares passam a ser predominantes, com destaque notável à associação com diabetes (46 casos).

Fazendo este levantamento do número de procedimentos, bem como das características dos mesmos, realizados nas duas unidades do hospital, pude observar que

poderia desenvolver este trabalho na unidade do HC-Campus, pois facilitaria meu acesso aos pacientes na véspera da cirurgia, devido ao caráter eletivo e não emergencial das mesmas, sem trazer prejuízos ao estudo, pois a quantidade de procedimentos é semelhante, bem como as patologias que levam à amputação. Esta breve pesquisa possibilitou-me ir ao encontro do já constatado na revisão literária, no que se refere às patologias que levam à amputação, níveis e sexo predominante, além de conhecer as características do local onde seria desenvolvido este estudo.

Ao delimitar a unidade do HC-Campus para o desenvolvimento deste estudo, o que me permitiria acompanhar o paciente desde o pré-operatório até sua alta, acabei por fazer um recorte, espontâneo e involuntário, quanto ao contexto onde está inserida a amputação e o paciente amputado. Nesta unidade, a maioria das amputações realizadas é eletiva e em pacientes vítimas de doenças crônicas. Esta situação pode estar relacionada à percepção imediata do paciente, sobre a cirurgia, uma vez que, na doença crônica, o paciente tem a possibilidade de optar pela realização ou não da cirurgia, diferentemente do que ocorre no trauma.

No trauma, as pessoas não possuem tempo hábil para decidir e pensar sobre a amputação e as mudanças que ocorrerão em suas vidas. Muitas vezes, acordam sem um de seus membros e isto pode gerar, em um primeiro momento, reações e atos que serão manifestados de modo diferente, quando comparados com aqueles expressos por pacientes em pós-operatório de uma cirurgia programada. Assim, as situações, apesar de vividas de modo próprio por cada pessoa envolvida, estão sempre relacionadas a um contexto que também imprime sentidos diversos.

4.2 Observância da dimensão bioética

O Conselho Nacional de Saúde, no uso da competência que lhe é outorgada pelo decreto nº 93933 de 14/01/1987, aprovou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, através da Resolução 196/96. Esta Resolução visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e do Estado. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

São consideradas pesquisas com seres humanos aquelas que, individual ou coletivamente, envolvem os seres humanos, em sua totalidade ou em partes, direta ou indiretamente, incluindo, também, o manejo de informações ou materiais. Estas pesquisas devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, ponderando os riscos e benefícios, evitando danos previsíveis, observando a relevância social, garantindo, assim, a autonomia e dignidade do paciente, bem como a defesa em sua vulnerabilidade.

Em respeito à dignidade humana, a pesquisa deve ser iniciada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente, sendo, isto, feito por espontânea vontade, sem repressões ou penalidades. Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde será realizada, porém, caso a mesma não o possua, o projeto de pesquisa poderá ser avaliado por um Comitê de outra instituição, preferencialmente indicada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Esta Comissão constitui-se numa

instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

A fim de garantir que sejam preservados os direitos humanos, bem como a integridade física e moral dos sujeitos participantes deste estudo e observando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, este estudo foi submetido, inicialmente, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP- USP), obtendo parecer favorável em 06/12/2004, na 194ª Reunião Ordinária, processo HCRP nº 8978/2004 (anexo I).

A coleta de depoimentos foi iniciada em janeiro de 2005, após a obtenção do aval do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital. As entrevistas foram realizadas com o consentimento do paciente, sendo iniciadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo II). Os mesmos eram assinados em duas vias, sendo que uma permanece em poder da autora e a outra foi fornecida ao paciente.

Mesmo após assinar o Termo, consentindo em participar, o paciente era constantemente informado sobre sua autonomia e respeitadas as suas vontades, uma vez que realizava as entrevistas somente quando o paciente encontrava-se disposto para tanto.

4.3 O acesso aos sujeitos participantes deste estudo

Buscando pelos depoimentos dos pacientes amputados, realizei entrevistas individuais, de janeiro a maio de 2005, com pacientes adultos, internados nas clínicas ortopédica e cirúrgica (vascular) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de

Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, unidade Campus. Foram entrevistados treze pacientes, sendo nove homens e quatro mulheres, com idade variando entre quarenta e quatro e oitenta anos. Realizei cinquenta e dois encontros com estes pacientes, geralmente de segunda a sexta-feira, em dias alternados. Por diversas vezes não pude realizar a entrevista, pois o paciente encontrava-se fazendo exames, recebia visita de familiares ou amigos e se mostrava mais acolhedor, naquele momento, à visita ou não apresentava condições físicas para falar (dor, sono, fadiga ou indisposição para conversar).

Meu acesso aos pacientes se dava pela observação diária da escala cirúrgica, o que permitia verificar a realização de alguma amputação no dia seguinte, e diálogo com as enfermeiras das clínicas cirúrgicas vascular e ortopédica.

No primeiro encontro com o paciente que seria submetido à amputação, solicitava, após minha apresentação, a sua colaboração para o desenvolvimento do estudo, por meio de seus depoimentos. Nesse momento, explicitava a proposta deste trabalho, bem como o meu interesse em ouvi-lo. Sendo expresso por ele o desejo em colaborar com o projeto e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciava a coleta dos depoimentos, seguindo a cronologia exposta a seguir:

➤ A primeira entrevista, sempre que possível, era realizada na véspera do dia programado para a amputação. Para essa entrevista, propunha ao paciente a seguinte questão norteadora: **Como a cirurgia de amanhã se mostra ao senhor(a)?**

➤ As entrevistas subseqüentes ocorreram a partir do primeiro dia do período pós-operatório até a alta hospitalar, geralmente em dias alternados, como já dito anteriormente.

Tiveram como base para a descrição do fenômeno a questão norteadora: **Qual o significado dessa amputação para você? Descreva para mim.**

Propunha-se, inicialmente, que essas entrevistas fossem realizadas em local que garantisse maior privacidade ao paciente (enfermaria ou refeitório), pois a escolha de local mais apropriado para realização da entrevista vem ao encontro do que referem Simões e Souza (1997) sobre a busca do investigador à melhor forma de aproximação aos depoentes, levando-se em consideração o alcance dos objetivos propostos, além das particularidades da clientela escolhida, adequação da questão norteadora e estratégia de obtenção dos depoimentos. Todos estes fatores, interligados e ajustados, conduzem a descrições singulares do objeto de estudo proposto e levam a um novo conhecimento, a um desvelar de facetas do fenômeno, aos olhos de quem o vivencia.

Apenas uma entrevista, no pré-operatório, foi realizada no refeitório, sendo todas as demais efetuadas na enfermaria, devido às condições físicas do paciente e/ou sua indisposição para deslocar-se. Por estes fatores, a entrevista tornava-se mais susceptível a interrupções tanto por profissionais da equipe de saúde, quanto por outros pacientes ou até mesmo familiares.

Em consonância com minha proposta metodológica, não houve a determinação de pacientes quanto ao sexo, cor, estado civil, nível sócio-econômico, idade, motivo da internação, patologia que levou à amputação. Observei, no entanto, que a clientela participante deste estudo foi constituída por nove homens e quatro mulheres, onze casados e dois viúvos, sete brancos, cinco pardos e um negro, provenientes, em sua maioria, de outras cidades. Destes pacientes, sete sofreram amputação supra-patelar, cinco infra-patelar e um de mão. Dois pacientes, submetidos inicialmente à amputação infra-patelar, foram, posteriormente, reencaminhados à cirurgia para amputação em nível superior (supra-patelar).

As patologias que levaram estes pacientes a ter parte do corpo amputada foram: Sarcoma de partes moles (um paciente), Junta de Charcot associada a Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial (um paciente), Obstrução arterial crônica (associada a outras patologias como: Necrose úmida, Tromboangeíte, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus - sete pacientes), Infecção (dois pacientes), Tumor recidivante (um paciente) e Hemangioma cavernoso (um paciente).

A maioria das entrevistas (trinta e uma) foi gravada, com permissão dos pacientes, e transcritas posteriormente. Não foi proposta a gravação no primeiro encontro, pois é necessário conhecer o paciente e dar-me a conhecer nesse primeiro momento, sem o eventual desconforto que poderia ser gerado pela presença de um gravador. Em alguns casos, não fiz uso do gravador em entrevistas subseqüentes, pois percebia que os pacientes, apesar de não negarem a possibilidade de gravação, ficavam retraídos ao verem a conversa sendo gravada. Quando não utilizava o gravador, transcrevia os relatos imediatamente após a realização da entrevista, buscando pela maior fidedignidade possível.

Segundo Boemer (1994), não há um critério amostral que indique o encerramento da coleta de dados (critério este próprio da metodologia das ciências naturais). O critério em fenomenologia é o da repetitividade que expressa o mostrar-se do fenômeno, em sua essência. Neste estudo, o invariante se fez presente após a realização de cinquenta e dois encontros com treze pacientes.

Após esses encontros, pude perceber que os discursos dos pacientes convergiram em diversos aspectos e pensamentos comuns prevaleciam (invariante). No entanto, na amplitude da vivência, vemos que, apesar dos aspectos comuns existentes, os pacientes mostraram seu modo de ser único e singular. Todo ser está inserido no mundo e em suas vivências, que são particulares, mas deixa transparecer seu modo autêntico de ser, mesmo em situações

semelhantes àquelas vividas por outras pessoas. Apesar das semelhanças, as experiências são sempre vivenciadas de modo próprio, ou seja, em situações singulares.

5. Construção dos resultados

Para Boemer (1994), durante a leitura dos discursos obtidos com as entrevistas deve ser buscado o invariante, ou seja, o que se repete, permanece e aponta para o que é o fenômeno, em sua essência. Estas descrições incluem mensagens explícitas e implícitas, verbais e não verbais, alternativas e contraditórias. Não haverá um sistema pré-especificado de categorias. Tópicos e temas serão gerados a partir do exame dos dados e de sua contextualização no estudo. Esta autora refere, ainda, a partir do estudo de Martins e Bicudo (1989), que a análise das descrições pode ser realizada em quatro momentos, descritos a seguir:

- *Em um primeiro momento, a descrição deve ser lida do início ao fim, com vistas à obtenção do sentido do todo e familiarização com o texto que descreve a experiência vivida. O pesquisador não deve buscar qualquer interpretação do que está escrito, mas procurar colocar-se no lugar do sujeito tentando viver a experiência por ele vivida, não como um espectador, mas como alguém que procura chegar aos mesmos significados atribuídos pelo sujeito.*
- *Posteriormente, a descrição deve ser lida lentamente, enfatizando-se a identificação das unidades de significado. Nesta fase, devem ser pinçados significados nas descrições, pois uma unidade de significado é, em geral, parte da descrição cujas frases relacionam-se umas com as outras, indicando momentos.*

- *Após a obtenção das unidades de significado, estas devem ser percorridas e expresso o significado nelas contido. O pesquisador detecta cuidadosamente as informações singulares, porém, relevantes nas descrições e distingue as de outras, também singulares, mas irrelevantes para o seu estudo.*
- *Em um quarto momento, as unidades devem ser sintetizadas, para se chegar à estrutura e essência do fenômeno.*

Esta caminhada, segundo Capalbo (1984), para se chegar ao núcleo essencial do fenômeno ou invariante presente na experiência vivida, é constituída por uma série de procedimentos que Husserl chamou de redução. Redução eidética (expressão derivada do grego “eidos” que significa essência) é a aplicação metodológica da descrição do fenômeno, visando deixar aparecer ou desvelar-se do acidental aquilo que é essencial.

Em todos os momentos, os dados precisam ser examinados, questionados amplamente, de forma a manter o foco de atenção no todo, sem perder de vista a multiplicidade de sentidos que podem estar implícitos no material (Boemer 1994).

Seguindo a trajetória apontada acima para se chegar à estrutura do fenômeno, foi possível, no que se refere à amputação, construir as seguintes categorias temáticas que expressam o fenômeno:

- Vivendo o pré-operatório numa tentativa de manter as aparências;
- Vivência permeada por um dualismo: o lógico e o vivencial;
- A dependência como possibilidade de uma existência marcada pelo sofrimento diário;
- A dificuldade em habitar o mundo do hospital;
- A prótese como forma de se manter no mundo em plenitude;
- O membro fantasma como a extensão do corpo próprio

A seguir, pela apropriação de algumas idéias do pensamento filosófico de Merleau-Ponty sobre o corpo, tentarei, em um esforço interpretativo, expressar o sentido presente em cada categoria, buscando retratar a amputação sob a ótica da pessoa amputada, com vistas à compreensão do significado desta vivência e quais as repercussões nas várias esferas do seu existir e co-existir.

Vivendo o pré-operatório numa tentativa de manter as aparências

O paciente, após consulta médica, recebe a informação sobre a necessidade da cirurgia. Esta é agendada e posteriormente o paciente é internado. O cliente chega para a hospitalização fragilizado, assustado, com medo do que há por vir. Geralmente é encaminhado à enfermaria, onde passará a conviver com pessoas desconhecidas, por um auxiliar de enfermagem e recebe as informações e instruções sobre a rotina do hospital.

Normalmente essas informações são transmitidas de forma superficial, pobre em detalhes e as orientações se caracterizam como gerais (não levando em conta a singularidade do cliente). O paciente, na maioria das vezes, não recebe esclarecimentos sobre os procedimentos a que será submetido.

Observa-se, em grande parte, que as angústias e dúvidas dos clientes não são solucionadas, pois, muitas vezes, não conseguem, ao menos, realizar uma pergunta ao profissional de saúde, tão envolvido no fazer mecânico a que é submetido na organização institucional. O que se busca é a quantidade de atendimentos realizados e o cumprimento das rotinas pré-estabelecidas, muitas vezes, esquecendo-se de que é necessário prestar um cuidado que seja dotado de qualidades, sendo, assim, mais efetivo.

Após estas orientações básicas o paciente recebe um pijama ou camisola do hospital e ao colocá-la dá início ao processo de sua descaracterização. O indivíduo único e singular

começa a ser envolto na rotina hospitalar, deixando de lado suas particularidades, respeitando apenas as imposições institucionais, abolindo o ser dotado de experiências únicas e de vontades e desejos próprios.

Em um futuro próximo, o paciente viverá experiências, muitas vezes inéditas em sua vida, e isto constitui-se num fator gerador de sofrimento e angústia; portanto, receber apoio da equipe de saúde e manter sua individualidade, apesar do ambiente hospitalar, é essencial e fundamental ao equilíbrio físico e psicológico.

Durante o pré-operatório, o paciente experiencia uma ambigüidade de sentimentos, pois este momento da vida, em que a pessoa está prestes a assumir um novo modo de ser-no-mundo, dada a possibilidade de seu vir-a-ser uma pessoa com uma amputação, desperta uma infinidade de sentimentos, verbalizados ou não. Há uma grande ambigüidade no processo de comunicação, onde o não verbal contradiz o verbal.

Apesar de suas falas serem afirmativas, concordando com a realização da cirurgia, achando que era preciso, durante as entrevistas, os pacientes permitiam que o não verbal falasse por eles. Apresentavam expressões de desânimo, dor, angústia, medo, tristeza, choro, silêncio e, na maior parte do tempo, permaneciam cabisbaixos, não me olhando nos olhos durante o período que ali permaneci. Os seus olhares eram vagos, perdidos pelo quarto, contradizendo, de certa forma, o que estava sendo dito naquele momento.

*Eu quero, precisa, amanhã eu faço (paciente não me olhava, silêncio). Humildade - E1**

* As pessoas participantes deste estudo são identificadas, a fim de se manter o anonimato e preservar suas identidades, com nomes fictícios, que expressam os sentimentos que em mim permaneceram após a realização deste trabalho e convivência com estas pessoas. A abreviatura (E) corresponde à entrevista e o número ao respectivo encontro com o paciente.

Os grifos são da autora.

Podia cortar hoje. Acabava com isso (choro intenso). Carinho
- E1

As entrelinhas dos discursos trazem expressas essas dores vividas, que, muitas vezes, não eram verbalizadas. Os gestos comunicavam, a todo momento, a dificuldade em viver na iminência de uma cirurgia mutilante.

Não houve, em nenhum instante, a referência da perda iminente como algo doloroso, sofrido. No entanto, suas expressões faciais, corporais e o silêncio que permeavam os discursos denunciavam a tristeza vivida.

... eu acho que tem que fazer, porque o Dr. perguntou na
entrevista: o Sr. quer fazer? Eu quero, precisa, não precisa?
Então, vamos fazer (silêncio). Esperança - E1

Os pacientes expõem, em seus discursos, a sua concordância com a realização da cirurgia, como que assumindo uma posição de autonomia perante a situação apresentada, apesar de deixarem transparecer que estão decidindo sobre algo que já é certo, que já está decidido pela equipe médica, ou seja, a cirurgia **deve, tem** que ser feita, porque o saber médico já afirmou e **decidiu** isto. As falas mostram claramente essa submissão à decisão médica:

(fazer a cirurgia) é natural...falou que tem que fazer o serviço... natural é isso, não fiquei sentido (longo silêncio).
Autenticidade - E1

Corta de uma vez. Eu que decidi. O médico falou e eu decidi.
Força - E1

O compartilhar com o médico a decisão pela cirurgia, extremamente dolorosa, mesmo que de uma forma aparente, pois já estava decidido pela equipe de saúde, parece trazer ao paciente um certo conforto, uma vez que passa a não se sentir como o único responsável pelo procedimento gerador de sofrimento e da deficiência, dividindo a “culpa” com o profissional de saúde.

Ele (médico) perguntou se eu ia ficar zangado. Eu falei que não... se precisa, fazer o quê? Ele falou, a médica falou...
Humildade - E1

Se cortar a perna aí, é dois ou três dias e eu vou embora. Fui eu que falei para eles (silêncio). Perseverança - E1

Com algumas exceções, as entrevistas no pré-operatório não eram extensas. O paciente não se negava a atender-me, porém, na maioria das vezes, era breve, sintético, procurava desviar o olhar, como que impedindo que eu o fixasse em seus olhos. Acredito que olhar nos

olhos expressa a verdade mais íntima e, assim, facilmente seria percebida a contradição entre o discurso verbalizado e a real significação atribuída àquele momento.

Perder uma parte do corpo é ter alterada toda uma existência, é viver uma incompletude que traz consigo uma série de alterações no existir. É ter que se adaptar/readaptar, aprender a viver novamente, agora assumindo uma outra perspectiva no mundo tanto para si, como para os outros, como para os objetos.

O paciente em pré-operatório busca e esforça-se para afastar de si o que considera doloroso, afirmando que se sente bem apesar das circunstâncias, devendo, então, fazer a cirurgia. Este esforço não passa de uma tentativa, pois o corpo expressa tudo aquilo que as palavras não dizem e, neste caso, as expressões verbais e não verbais divergem.

Observar o corpo e sua expressão é tarefa difícil; às vezes, nós próprios não nos damos conta do que comunicamos com nosso corpo. Se pararmos diante de um corpo e o olharmos atentivamente, veremos que ele diz muito mais do que intencionou dizer.

Apenas um paciente, durante o pré-operatório explicitou suas angústias, seu medo, sua ansiedade, sua tristeza, verbalizando que seu desejo por fazer a cirurgia era porque “era preciso”, mas que esta experiência era motivo de preocupação e dor. Nesse caso, podemos perguntar: era desejo ou submissão a uma situação limite? Acredito que ele se rendia à fatalidade apresentada diante de si.

... eu falo, não tô preparado. Ninguém tá preparado, tem incerteza, tem dúvida. Ainda não vivi isso. Garra - E1

... eu sou frágil. Eu sei que sou. Porque a cisma que a gente tem, a insegurança que eu falei para você, é porque a gente é frágil. A gente é fraco. Tem fé, mas vacila... Garra - E1

... quanto mais tempo você prepara, mais tempo passa, pior fica a sua cabeça. Pode entrar em depressão... eu não vou mentir para você, acordo a noite e fico pensando... Garra - E1

Apesar do sofrimento vivenciado em razão da iminente perda, o paciente vê na família um motivo para tentar mascarar a dor sofrida. Preservar o ente querido do sofrimento vivenciado parece ser questão primordial e incontestável.

De certo modo, a preocupação com a família mostra-se como algo determinante para a tentativa de manutenção das aparências e do contínuo esforço para não deixar transparecer a dor vivida. É notório que os pacientes procuram corresponder a uma imagem de pessoa forte, que não se deixa abater, que vive a situação da melhor maneira possível, para que seus familiares não fiquem preocupados e angustiados.

Sempre era referido que a família não queria, que a família chorava, porém eles aceitavam e se conformavam com tudo o que estava acontecendo. De certa forma, a preocupação com a dor da família parece encobrir a própria dor.

... ficou tudo lá em casa, chorando. Eu não choro, vai resolver. Eu decido. Força - E1

... lá, os outros não queriam. Na minha casa falou que não precisa. As vizinhas perguntaram e falaram que não precisa cortar... Humildade - E1

Segundo os pacientes, suas famílias mostram-se solícitas e solidárias. No entanto, a idéia de trazer ou vir a ser um problema para os familiares, parecia, para o paciente, algo assustador, devendo ser evitado. Desta forma, vestem uma máscara que encobre a verdadeira face triste da situação e que, muitas vezes, constitui-se num mecanismo perfeito, pois alguns familiares, presentes no momento da entrevista, relatavam que os pacientes estavam enfrentando a situação muito bem, não reclamavam, não estavam tristes.

Para amenizar o sofrimento familiar, muitas vezes, os pacientes utilizam-se da morte, apesar de não a desejarem, como futuro próximo e, portanto, buscavam reduzir a importância da amputação, em virtude da finitude. Agem como que abdicando de sonhos e ilusões, bem como da manutenção da integridade física, já que o fim existencial não tarda a chegar, em função da idade avançada e da doença.

Este comportamento assumido corresponde apenas a tentativas de manutenção das aparências, pois, na realidade, o paciente não quer a morte, apenas lança mão dela para a proteção emocional dos familiares.

... eu falo para os meus filhos: o problema é meu, vocês já tem o de vocês, mas eles preocupam, tô no fim da vida... mas as pessoas novas têm que fazer a vida, construir uma família.
Esperança - E1

...eu quero viver, mas se eu não der trabalho para a família, se eu der prefiro ir (morrer). Eu não quero ir. Garra - E1

Enquanto aguardam a cirurgia, apesar da dor e do sofrimento, vividos na expectativa da amputação e da perda, visualizam seu futuro, ainda que de modo pouco definido, como um

futuro que exige adaptações, mudanças. Conseguem ver que é necessário redimensionar seu existir e passam a fazer projetos que incluem, em grande parte, a prótese.

Desde o pré-operatório, a prótese já se mostra como de suma importância para eles, indo ao encontro de suas expectativas de manter-se no mundo, em plenitude. Antes mesmo da realização da cirurgia, quando se lhes apresenta a possibilidade de um virem-a-ser amputados, de virem-a-ter uma nova condição no mundo, enquanto a pessoa ainda não é possuidora de déficit anatômico, a prótese já se mostra como objeto de desejo, sendo almejada, talvez numa tentativa de se continuar mantendo intacta a aparência física. Por ser marcante sua presença no fenômeno amputação, o uso da prótese constitui-se em uma categoria temática, a qual será explicitada posteriormente.

A experiência cirúrgica se mostra ao paciente em suas possibilidades, pois torna possível uma existência de modo diferente. Assume suas perspectivas.

Podemos ver a perspectiva de uma existência incompleta, pois há uma perda de parte do corpo, o corpo próprio lançar-se-á no mundo de modo diferente do já feito até então, ou pode ser simplesmente a perspectiva de abertura à novas vivências, livre da dor, da parte deformada, da parte orgânica que também traz sofrimento e que, muitas vezes, modifica o movimento do ser-no-mundo.

É, tem que cortar, faz tratamento, faz tratamento e não melhora (paciente não me olha). Aí acaba com esse sofrimento, com essa tristeza (silêncio)...amanhã eu vou dormir... Força - E1

A cirurgia de amputação leva, então, a uma nova condição no mundo, que possui novo significado, de acordo com a perspectiva observada pelo amputado ou pelos outros.

Vivência permeada por um dualismo: o lógico e o vivencial

Vivenciar uma amputação implica em uma experiência marcada por alterações bio-sócio-psico-espirituais e culturais, repleta de estigmas, decorrentes da deficiência instalada e de sentimentos diversos, convergentes e divergentes, que se entrelaçam e se unem formando um todo, que ajuda a compor o fenômeno que pude desvelar em perspectivas. É uma vivência constituída por sentimentos que se confundem, sendo, então, permeada pela razão, que visualiza a cirurgia como necessária, e a emoção que não aceita a perda.

Aproximando-me da amputação, percebo que ela pode ser, aos olhos de quem a vivencia, boa e ruim, alegre e triste, feliz e infeliz, fácil e difícil. Co-existem, em um mesmo cenário, sensações e sentimentos opostos, mas unidos entre si. Como, então, considerar boa uma cirurgia que é mutilante e leva a alterações tão importantes na vida do ser humano e de sua família?

Essa experiência dolorosa e difícil se torna mais amena, à medida em que é percebida pela pessoa amputada como fonte de esperança. Esperança para o retorno à vida, para continuar vivendo, como ser-aí-no-mundo, único em suas vontades, seus desejos e sua singularidade, mas também consciente das suas pluralidades.

... tenho a esperança de ser feliz como eu sempre fui na minha vida até agora, mas estou bem satisfeito com o trabalho. Eu

procurei um meio de olhar minha situação. Autenticidade -
E2

Os pacientes amputados afirmam, em seus depoimentos, conhecer outras pessoas amputadas. Geralmente, são pessoas que sofreram amputação, mas que, apesar disto, conseguiram superar toda a dificuldade encontrada e continuam a se lançar em busca de novas experiências.

Desta forma, a pessoa amputada busca na semelhança com outra pessoa, igualmente amputada, uma desconstrução de sua imagem corporal negativa, pois ele é no mundo como outras pessoas, não é tão diferente, feio ou deformado. Ele compartilha essa existência, com um corpo modificado, ainda de maneira única, mas não exclusiva. Ver que outras pessoas também são e vivem assim, ameniza o sofrimento vivido.

... quantas pessoas amputam as pernas, tá andando, pelejando, tá lutando. Perde uma, tá lutando. Inclusive tenho um amigo, que teve o mesmo problema que eu, que cortou primeiro um pedaço, depois cortou mais um pouquinho e agora tá dirigindo. Tem minha idade. É isso que eu me espelho, e a pessoa teve força... Otimismo - E1

Tem uma pessoa que eu conheço que amputou a perna com dez anos, hoje ele deve ter uns cinqüenta, mas ele trabalha normal. Ele tem sítio, com uma muletinha só, ele trabalha normal, monta cavalo, dirige. A pessoa acostuma (silêncio). Esperança - E1

Ao mesmo tempo em que o ser humano é único e singular ele percebe, ou seja, toma consciência de suas pluralidades, visto que não está sozinho no mundo. O ser co-existe com outros seres, com objetos e essa co-existência permite apropriar-se das experiências dos outros, compará-las com as suas, ver-se semelhante, mas não idêntico. Todo ser tem momentos de autenticidade em seu existir e esta é parte fundamental do mundo vida de cada um, pois possibilita ao ser uma existência única no mundo.

Segundo Merleau-Ponty (1994), o mundo fenomenológico é o sentido na intersecção das minhas experiências com as do outro, sendo inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam uma unidade, expressa na retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes e da experiência do outro na minha.

Apesar de verem como espelho pessoas bem sucedidas, podemos questionar até que ponto este sucesso é real ou ideal como o verbalizado, pois observamos que, após afirmarem a experiência positiva, ficam reticentes ou o silêncio vem permear o discurso. Este sucesso parece apenas ser algo em que a pessoa se agarra para não desanimar, não desistir, já que a amputação passou a fazer parte da vida, do existir e conviver com ela agora é essencial.

A amputação, muitas vezes, constitui-se na perspectiva de uma mudança de vida, de uma vida melhor, uma vez que a pessoa passa a ver a possibilidade de voltar a fazer certas coisas que já não fazia mais, em decorrência do processo patológico instalado.

*Amanhã eu vou dormir. Eu não durmo. Eu fico em pé, já caí
porque dormi em pé, mas deitado dói muito... Força - E1*

No geral, são coisas, atividades simples, corriqueiras, mas que ganham grande importância aos olhos de quem já não as pode realizar mais. Atividades como escovar os dentes ou calçar os sapatos, por exemplo, que são realizadas de modo quase que mecânico no cotidiano de uma pessoa, para a pessoa amputada são atividades grandiosas, importantes, que só foram valorizadas após a perda da possibilidade habitual.

O horizonte de possibilidades no mundo é muito grande. No entanto, ver quais as possibilidades que se abrem diante de nós parece um exercício complexo, uma vez que, exige um esforço para adaptação e redimensionamento.

O ser humano, muitas vezes, assume uma posição cômoda e empenhar-se na mudança de atitude acaba por tornar-se sofrido. Quando uma nova visão de mundo é incorporada e o amputado percebe que, apesar da deficiência, continua vivendo, existindo no mundo, ele lança-se em busca de alternativas para desenvolver as atividades que lhe são necessárias e prazerosas. Acessórios para a vida diária começam a fazer parte de suas vidas, integrados ao seu cotidiano. A aquisição da prótese, a qual abordaremos mais adiante, mostra-se como primordial; no entanto, também é familiar ao amputado o uso constante de muletas, cadeiras de rodas, bengalas, palmilhas e até mesmo sapatos especiais, no caso de amputações menores.

Em virtude da maioria dos entrevistados ter sofrido amputação de membros inferiores, observa-se referência a acessórios que auxiliassem a deambulação.

... eu vou colocar uma prótese. Agora vou pedir para o meu marido comprar uma muleta. Isso eu não tenho. Tenho três cadeiras de rodas, mas muleta não tenho nenhuma. Acho que agora vai ajudar, depois eu coloco uma prótese e ando sozinha. Eu quero... Luta - E8

Andava normal de muleta, em casa usava a cadeira, apoiava o pé. Normal. Ia no banco. Agora fica difícil. Tem que modificar a casa por causa da cadeira de rodas. Tem que mexer no banheiro, trocar portão, fazer rampa, um punhado de coisas que tem que mudar. Superação - E1

No caso dos pacientes acometidos por problemas vasculares, o alívio definitivo da dor mostra-se como algo prioritário. A dor é desconfortante, insuportável, triste e limitante, pois, em certos momentos, a vida pára, não encontram forças para prosseguir, em decorrência de todo o sofrimento. Neste momento, qualquer tentativa para aliviar/eliminar a dor é bem vista, mesmo que custe a perda de uma parte do corpo. A amputação passa a ser vista como um mal necessário.

A literatura mostra que, apesar de toda a resistência inicial, com o progresso da doença, o paciente acaba por pedir a amputação. Algumas falas mostram este momento:

... ficar seis meses sem dormir é duro... cheguei até a dormir em pé de tanto sono, sentado eu não conseguia, deitado doía, em pé doía, é duro, é triste, sofria demais, demais, demais. Agora, se fosse para fazer outra vez, eu faria novamente, porque acaba todo o sofrimento... Força - E2

Eu cheguei a pedir a cirurgia, né. Eu falei, se o sr. não der jeito nisto eu não volto mais aqui não... vou tomar uma coisa qualquer (suicídio). Vou tomar um punhado de comprimido.

O sr. não pode fazer isso (disse o médico). Claro que posso, quem tá sentindo a dor sou eu... Superação - E1

Não podemos dizer que o paciente aceita ou concorda com a amputação, mesmo porque vários sinais denunciam que não. Na verdade, aceitam a alternativa, muitas vezes única, para acabar com a dor. No momento em que a dor toma conta da vida da pessoa, determinando o seu cotidiano, o qual freqüentemente deve ser modificado em função do mal estar gerado, o paciente opta por qualquer solução apresentada, mesmo que esta opção traga-lhe alterações em sua imagem corporal.

Decidir pela amputação é extremamente difícil, é algo sério, complicado, doloroso, motivo de infelicidade, mas inevitável. Vejamos as falas:

Eu esperava o problema solucionar sem eu precisar de uma medida como esta, tão... medida séria, medida grave, mas infelizmente está solucionado, está solucionado (silêncio). As dores acabaram tudo. Tudo em paz. Autenticidade - E2

Agora, duvido que se você conversar com um cara que teve esse problema meu aqui, ele vai cortar e falar que se arrependeu. Não tem. Não existe. Pode sentir ruim. É uma maravilha. Só quem sofreu sabe. Dia e noite doendo sem parar. É duro (silêncio)... quantas vezes eu pegava a faca e brincava que ia cortar assim... eu falei, ainda vou cortar. Força - E3

... vinte dias, um mês sem dormir em cama, só sentado, só sentado, bebendo remédio e água e televisão. A gente pede até a morte. Superação - E1

É bom porque tava incomodando muito... mas não deu certo igual eu pensava. Humildade - E2

As dificuldades já assinaladas anteriormente neste estudo, para delimitação do local cirúrgico e o nível de amputação necessário, em patologias vasculares, fazem com que muitos pacientes tenham que voltar ao centro cirúrgico para amputar novamente. Somando-se a essas dificuldades temos a inadequação da avaliação global do paciente, principalmente no que se refere às condições circulatórias locais para delimitação do nível a ser amputado.

A cada cirurgia refeita o paciente revive o sofrimento inicial, a angústia de vivenciar uma nova cirurgia, uma nova anestesia, uma nova dor, não só física mas existencial. É mais uma parte do corpo que é perdida, que vai embora, que deixa o ser um pouco mais incompleto.

É, eu tô. Muito triste. Vai ter que cortar mais um pouco da minha perna. Perseverança - E3

É. Precisava fazer, mas faz de uma vez só, senão depois tem que fazer de novo, aí já fez, ele falou, eu abaixei a cabeça e chorei (silêncio). Coragem - E2

Bem, tem que fazer. Vai cortar de novo, mas é para sarar. Eu venho sofrendo tanto com isso... Luta - E1

Além de alternativa para o alívio da dor, a amputação constitui-se como possibilidade de manutenção da vida, principalmente em pacientes com câncer. É visualizada como um procedimento que deve ser feito, apesar de todas consequências físicas e psicológicas, se através dele conseguirmos prolongar a existência. A esperança na salvação do corpo todo e, portanto, na preservação desta existência, é fator imprescindível para a tomada de decisão e opção pela cirurgia. A morte é vista como finitude que deve ser evitada. É valorizado o sacrifício de perda de uma parte do corpo.

Para Merleau-Ponty (1994), o corpo é veículo do ser-no-mundo e ter um corpo é estar aberto às possibilidades do mundo. O corpo permite existir, experienciar. Ele no mundo é expressão e fala por si e, na amputação, desta forma, haverá, no conjunto do corpo, a delimitação de regiões de silêncio. Apesar destas regiões de silêncio estarem presentes, o “restante” do corpo que continua inserido no mundo e interligado entre si mantém sua expressão e isso é o que, de certa forma, consola o paciente amputado.

... se não fizesse podia morrer. Eu tava te falando: fico entre a cruz e a espada. É melhor dar um tiro certo. Então, vamos tocar. Eu falei para ele: Dr., faça o que for preciso... Garra - E2

É, podia morrer (silêncio). Aí falei, vão os anéis e ficam os dedos... Coragem - E5

... vai cortar de novo, mas é para sarar... a infecção pode subir para o resto e pegar os outros órgãos, aí tem que cortar... não é fácil, mas tem que sarar. Luta - E1

Ainda não pegou os órgãos principais do corpo e a esperança da gente é de viver mais um pouco... Esperança - E2

Face à dor e ao sofrimento, a amputação pode constituir-se como fonte de alívio e até de desejo em alguns momentos; entretanto, ela não perde seu caráter de experiência difícil e dolorosa. Configura-se como algo triste, causador de sofrimento, medo e angústia e que requer uma série de adaptações dada a alteração brusca na vida, no existir, nos projetos humanos. Ser amputado é existir de um modo diferente, é ser-no-mundo e percebê-lo de maneira diferente, pois, se é pelo corpo que percebemos e somos percebidos, no amputado esta inter-relação encontra-se afetada.

Foi um choque de 600 w. Você sabe que é mais que um choque de 600 w, porque de 220 w eu tô acostumado tomar... tô acostumado com choque de 110, 220, mas quando cai de 600 derruba a gente, fui lá no fundo do poço... Garra - E1

Ah! Muito difícil, muito difícil (longo silêncio, paciente não me olhava). Eles cortaram a mão com a faca, eu falei para não fazer isso (silêncio). Cortaram (paciente começou a chorar). Eu tenho medo, moça. Medo (longo silêncio). Amizade - E1

... você vai amputar amanhã cedo. Aquilo eu fui, derrubei, sabe? Já me derrubou. Saber que tava com aquela perna ali e amanhã não tava mais, já me derrubou. Eu falei: eu não quero não. Mas o sr. não pode (médico falou). Falei não. Superação - E1

Eu tô assim (olhou para o coto). É duro ficar assim. É muito difícil, é difícil. Hoje o médico tirou o curativo e me mostrou. É horrível. É muito feio. É difícil. Vontade - E1

A perda constitui-se extremamente importante, pois não é somente física, é também mental e social, enfim, existencial.

A amputação assume um caráter de temeridade e sofrimento muito grandes, constitui-se numa perda inestimável, sendo a simples possibilidade de realização algo que não é cogitado pelo homem em seu existir. O homem não consegue visualizar-se em uma nova condição no mundo, tendo sua imagem corporal afetada. Sofrer uma amputação é situação nunca antes imaginada. Por isso, é vivenciada com tanto sofrimento, pesar e dor.

Eu não esperava alcançar este ponto de vista, eu não achei que ia alcançar este ponto de vista, mas já que chegou... a situação é esta. Autenticidade - E2

Eu nunca imaginei passar por tudo isso. Setenta anos e agora passa por todo esse sofrimento. É muito sofrimento. Eu

nunca imaginei. Essa perna (foi cortada), a outra não sei. A gente não pensa (longo silêncio). Perseverança - E3

*A gente encontra bem e nunca pensa que chega nada ruim na sua porta para te atrapalhar. Como eu, há poucos anos atrás não tinha problema nenhum. Sou um cara forte. Aí vem um negócio desse na vida. Isso deixa os neurônios queimando...
Garra - E1*

Mostrando toda a dificuldade em conviver com a amputação, observo que ela é sempre referida como a cirurgia resultante de algo triste, doloroso, feio, causador de problema e que por isso deveria ser cortado, tirado. Os pacientes buscam por um motivo para a realização da amputação.

Ia fazer curativo, eu não agüentava olhar aquilo lá, eu pensava que não tava em mim. Eu pensava que tinha que cortar... Força - E2

*Aqui tem gente cortando. Tem perna fedendo... (silêncio)..
Perseverança - E2
Foi porque aquela parte que tiraram já estava estragada, não tinha como recuperar ela (silêncio).. Força - E2*

A pessoa amputada reporta-se à cirurgia não como procedimento cirúrgico ou amputação e sim como o corte. O corte deve ser realizado, já que é inevitável, o quanto antes,

como se assim o sofrimento fosse acabar. Na realidade ele não acaba, o que termina é a angústia vivida na expectativa de perder parte do corpo, porém, o sofrimento resultante desta perda perdurará por toda a vida.

... eu quero acabar com isso. Corta de uma vez ... Força - E1

Cortar assume um significado que vai além, que ultrapassa a idéia de solução de continuidade da pele e secção óssea. O corte se dá nos sonhos, nas atividades diárias, nas atividades prazerosas, no lazer, nos relacionamentos, enfim, nos projetos existenciais, levando a um redimensionamento existencial.

Esse redimensionar vem acompanhado de planos desfeitos, interrompidos, ou postergados, porém quando ainda são feitos, isso acontece de modos mais simples, modestos, restritos, como se não pudessem, em virtude da deficiência, realizar grandes sonhos ou projetos futuros.

Eu só queria ir ficar com a minha velhinha, ver meus passarinhos. Eu vou brincar com meus netos. Perseverança - E6

... eu só quero a comidinha da velha e ficar com os meus meninos. E o JL, o meu netinho, ele gosta muito de mim, faz tempo que não vejo ele (choro). Perseverança - E7

Tem que adaptar, andar de muleta, de cadeiras de rodas, mancar, até eu poder pôr a prótese. Depois que põe a prótese, é adaptação . Tudo adaptação, tentar andar. Garra - E2

Alcançar a felicidade torna-se algo almejado, desejado, talvez por seu significado trazer, implicitamente, o sinônimo de viver bem.

Ah, não sei não. Eu quero ver se eu consigo ser feliz ainda. Eu não sei quando, né, mas eu vou ser feliz (longo silêncio). Carinho - E3

... tenho esperança de ser feliz como eu sempre fui na minha vida até agora ... Autenticidade - E2

Vivenciar, então, uma amputação é experienciar um misto de sensações e sentimentos que remetem basicamente ao alívio, pela suspensão de um processo patológico causador do sofrimento e à dor pela perda inestimável de parte do corpo.

A dependência como possibilidade de uma existência marcada pelo sofrimento diário

Outra questão, que mostrou ser motivo de preocupação para a pessoa amputada, refere-se à dependência. Tornar-se dependente é assustador, motivo de infelicidade, de

insegurança, de medo. A não realização de atividades cotidianas ou mesmo a realização com auxílio, leva o paciente a sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima e preocupação. É extremamente doloroso e desconfortante ser dependente e, em alguns casos, o paciente chega a preferir a morte a ser motivo de dó, compaixão ou mesmo trabalho/esforço para seus familiares.

... eu quero viver, mas se não der trabalho para a família. Se eu der trabalho, prefiro ir. Eu não quero ir (morrer). Garra - E1

... queria ser feliz, era uma mulher que fazia de tudo. Hoje não posso. Minha filha não pode trabalhar, tem que cuidar de mim (paciente chorando muito – silêncio). Carinho - E3

Olha, vai ser difícil. É difícil. É muito difícil. Vou ser dependente de tudo, para tudo, não posso fazer nada. Luta - E8

Como afirmam Diogo e Campedelli (1992), as pessoas amputadas sentem uma grande preocupação em ficarem dependentes e apresentam dificuldade em visualizar as ações que podem executar, visando seu próprio bem-estar. Os pacientes, principalmente idosos, mostram-se dependentes para a realização da higiene corporal, colocação de sapatos, encaminhamento ao banheiro, necessitam de acessórios para locomoção. Segundo essas autoras, fica explícita a importância do profissional de saúde na estimulação do paciente ao

auto-cuidado, bem como à aceitação de suas limitações, permitindo o retorno às atividades e a reabilitação.

Observamos que algumas instituições vem incorporando, em suas equipes, profissionais de múltiplas formações, porém, isto ainda ocorre de forma tímida e heterogênea, não contemplando a verdadeira necessidade de atendimento ao paciente. Notamos que há predominância de um modelo centrado no biológico e funcionalista, onde o indivíduo é visto como um conjunto de órgãos e a rotina pré-estabelecida na organização institucional deve ser prioridade.

A fim de manter a ordem na organização prestadora de assistência, acabamos por naturalizar nossas ações em cuidados centrados no desenvolvimento de tarefas, fragmentando-os, sendo os mesmos, então, pouco significativos quando se aborda a questão da existência e do ir além da dimensão biológica, ultrapassando-a.

Visualizamos um discurso, principalmente acadêmico, onde se preconiza a humanização assistencial, com vistas ao resgate da singularidade humana. Acredita-se que com um cuidado direcionado, individualizado e integral, consiga-se proporcionar um bem-estar maior ao paciente, possibilitando uma redução no nível de estresse obtido na hospitalização, bem como uma antecipação no processo de reabilitação. O ideal é que este processo se inicie na internação, não devendo ficar restrito somente ao pós-operatório ou à alta hospitalar.

Infelizmente, o que vemos nos discursos e que poderiam, realmente, proporcionar uma melhor qualidade da assistência prestada, ainda não ganhou força e poder suficiente para que seja implementado, em nossas instituições, de modo adequado e eficiente. Acredito que mudando-se o enfoque biologicista vigente, por um enfoque mais humanitário, obteríamos maior satisfação dos profissionais que prestam cuidado e dos pacientes que recebem este cuidado personalizado.

A enfermagem deve despertar para a transposição da visão biológica e fragmentária, em busca de novos horizontes que possam direcionar seu fazer profissional, melhorando, assim, a qualidade de seu trabalho. No entanto, numa perspectiva fenomenológica entendo que há necessidade de um olhar multi e interdisciplinar, que ajude a pessoa a redimensionar seu existir, abrindo-se para novos projetos de vida que os contemple neste novo modo de ser-no-mundo.

Segundo Capalbo (1994), a interdisciplinaridade busca encontrar as relações de interdependência, estabelecendo, assim, relações de reciprocidade, abandonando uma concepção fragmentária por outra unitária de saber e conhecimento. Ela envolve uma atitude que precisa ser vivida, uma atitude de abertura, acolhimento, trabalho em equipe, co-produção e diálogo. Implica, pois, na relação intersubjetiva que possibilita a efetivação concreta de trabalho em comum.

Receber os cuidados dos profissionais de saúde, sendo estes individualizados e planejados, é essencial para que o processo de reabilitação se dê de forma mais adequada possível e consiga atingir os objetivos almejados.

A reabilitação deve ser considerada como mais uma etapa fundamental do tratamento, pois permite que a pessoa continue a lançar-se no mundo e a viver novas experiências. É a porta que se abre novamente ao existir. O processo deve ser iniciado desde o pré-operatório, através de psicoterapia, que oferece um suporte emocional ao paciente prestes a perder parte do corpo.

Para Tooms (2003), é de extrema importância o tratamento desde o momento em que a amputação se completou até a aplicação da prótese definitiva. Atualmente emprega-se, no pós-operatório, o uso de curativos macios (técnica convencional) ou curativos rígidos, os quais consistem em uso de aparelho gessado aplicado ao coto ainda em sala cirúrgica. Esses curativos rígidos podem ser empregados com êxito e de modo benéfico, pois ajudam a moldar

o coto, em todos os níveis de amputações de membros superiores e inferiores e permite a deambulação precoce em amputações de membros inferiores; o uso do curativo rígido terá continuidade até o uso da prótese definitiva, aproximadamente de quatro a oito semanas pós cirurgia.

O retorno às atividades traz consigo uma sensação de plenitude, onde as possibilidades tornam-se concretas e deixam de fazer parte de um mundo desejado para um mundo vivenciado. Muitas vezes, alcançar este mundo exige um esforço grandioso, uma transposição de barreiras, pois é necessário um adaptar-se e readaptar-se, o que, num primeiro momento, pode parecer inalcançável. Quando a visão de mundo se transforma e algumas angústias são superadas, a pessoa consegue ir além e buscar por novos projetos.

A dependência leva à perda de controle sobre as ações, gerando medo, insegurança e formação negativa da auto-imagem. A pessoa incorpora em si e traz conceitos de beleza e independência pregados pela sociedade. Estar fora dos padrões preconizados leva a sentimentos de marginalização e exclusão e, conseqüentemente, a pessoa sente-se inferior às demais.

As pessoas olham na gente com cara de coitado; coitado, tá sentindo dor. Na verdade é. Isso vai derrubando a pessoa...
Superação - E1

A sensação de inferioridade, que toma conta dessas pessoas, faz com que elas sintam-se diferentes, um peso à sociedade e um incômodo à família. Ter que aceitar ajuda dos outros

é doloroso, mesmo porque, muitas vezes, não se sentem seguras quanto à disponibilidade familiar para o cuidado.

Incomoda, né. Talvez a pessoa te ajuda agora, depois você chama ele outra vez. Talvez ele vem te ajudar com a mesma boa vontade que fez na primeira vez, mas na sua mente você não pensa assim. Eu penso assim, tô perturbando a pessoa demais. Eu acho que tá perturbando, fico com isso na cabeça. Fica difícil (pausa), mas tem que engolir, fazer o quê? (silêncio). Superação - E1

Ao mesmo tempo em que buscam e almejam independência, confrontam-se com uma imagem corporal que lhes revela uma realidade, muitas vezes, cruel. Temos o querer versus o poder, sendo este último limitado pela deficiência, ou seja, a integridade física prejudicada. Este fato faz com que, em muitos momentos, a alta, tão almejada a princípio, seja, ao mesmo tempo, temida.

Os pacientes verbalizavam a vontade de ir para casa, porém, sabiam que a alta trazia consigo as conseqüências da cirurgia mutilante. Muitas vezes, ao falarem de suas casas e de sua alta, permaneciam cabisbaixos ou com olhar vago, solto pelo quarto, denunciando a tristeza vivida e a insegurança sobre seu novo modo de ser-no-mundo, principalmente com os outros, que são familiares e queridos. O medo acaba por tomar conta do ser que encontra-se tão fragilizado diante da situação vivida.

Reconstruir uma auto-imagem positiva é imprescindível. Estando seguros de seu corpo e de suas potencialidades, conseguem amenizar as dificuldades encontradas e transformar seu existir.

A dificuldade em habitar o mundo do hospital

A hospitalização mostra-se de forma assustadora e desumana aos pacientes, os quais passam a habitar um mundo distinto do seu, desconhecido, permeado por situações tensas e tristes, igualmente habitado por pessoas desconhecidas, com quem vão interagir de alguma forma, compartilhando vivências, na maioria das vezes, dolorosas. O conviver nesse novo mundo gera angústia e apreensão, bem como o medo do que há por vir num futuro próximo.

Boemer (1998) abordou, em seu estudo, a questão da hospitalização e do paciente hospitalizado, observando situação semelhante à apresentada.

A desinformação está presente não só nas situações mais graves, permeando todo o período de hospitalização, manifestando-se em forma de datas imprecisas, resultados de exames que são feitos e refeitos, diagnósticos não confirmados, tratamento oferecido para uma doença que a pessoa doente não sabe qual é, promessas não cumpridas, realização de procedimentos e administração de medicamentos desconhecidos ou não informados aos pacientes. Neste sentido, podemos observar as falas:

Ó, mas não chamaram ainda. Deixa a gente aqui morrendo de fome. Eu queria ir para casa, porque aqui não me dão comida nunca. Coragem - E7

... o dia que eu tava fazendo cirurgia, mandaram ficar de jejum, ia fazer de manhã. Aí eu fiquei sem comer, mas não fez. Fez à tarde. Esperança - E9

(Hospital) tem dia que eu acho bom, tem dia que eu acho ruim. Acho ruim porque eles põem fantasia na cabeça da gente: tal dia vai fazer o exame e na hora cancela. A gente fica esperando. Outra coisa é a comida sem sal. Fiquei cinco dias sem comer... Força - E3

Os pacientes internados ficam fragilizados e sentem-se submissos à vontade do profissional de saúde, principalmente no que se refere ao médico. O profissional, tido como objeto detentor da verdade e do saber, centraliza as ações e decisões, que não são compartilhadas com os pacientes e, muitas vezes, com os outros profissionais, levando, cada vez mais, a um sentimento de inferiorização e submissão do paciente. Estes colocam suas vidas à disposição do conhecimento e da vontade médica.

*... a situação é operar, amputar um pedaço da perna. Foi isso.
É a solução do médico; é essa... Autenticidade - E2*

... tava todo mundo ali e perguntei para o grandão, o mais sabido, o professor e perguntei se meu pé tinha salvação ou não. Falei para ele: fica na mão do senhor... Perseverança - E2

... eu tô arriscando com confiança nos médicos, mas a incerteza todos tem. Quem é leigo igual eu, tem incerteza... é leigo não entende. Garra - E1

Observamos nas falas que os pacientes se referem aos médicos como mestres, porém o fazem sempre utilizando-se do plural, sem dar nomes aos mesmos. Este fato denuncia a impessoalidade vivida, pois, são muitos médicos, muitos mestres, porém, nenhum assume posicionamento humanitário de aproximação ao paciente, mantendo-se no anonimato. Predomina uma ausência de vínculo emocional e afetivo com o paciente, estabelecendo-se uma relação estritamente impessoal e objetiva. A impressão que permanece é a de um vazio, pois, ao mesmo tempo que o paciente é de todos, não é de ninguém.

O objetivo médico é tratar a doença e não o doente, uma vez que, observamos uma maior preocupação com o processo patológico do que com o ser que sofre pela doença. Não se considera a subjetividade e o existir do doente.

No mundo da saúde, como já comentado, é a racionalidade técnico-científica que vem fundamentando o atendimento, transformando o doente no “objeto” a ser tratado, com o qual o profissional, também objetificado, estabelece relações muitas vezes estereotipadas e impessoais, sempre justificadas pela busca de proporcionar ao doente bem-estar, equilíbrio e o retorno à “normalidade” (BOEMER; CORRÊA, 2003, p. 265).

Para Veríssimo (2005), na enfermidade o doente pode experimentar a perda de controle sobre o seu próprio corpo e até sobre o mundo. O doente sente-se vulnerável ao perder a imagem de pessoa sadia e adquirir a imagem de uma pessoa doente. Diante desta situação, é de extrema importância que o paciente receba o apoio necessário da equipe assistencial como um todo, pois a centralização do atendimento na pessoa do médico, traz prejuízo ao tratamento do paciente.

Observamos, de modo geral, que esta equipe assistencial que trabalha integrada, cuidando de modo integralizado, ainda faz parte de uma idealização, pois, na prática, o que temos são trabalhos isolados, que apresentam resultados, muitas vezes, insatisfatórios, por serem realizados de forma incompleta, sem envolvimento inter e multidisciplinar adequado. A figura do médico, detentor de saber, apresenta-se, ainda, como o pino de centro da ação assistencial e, desta forma, continua se sobrepondo aos demais profissionais, apoiando-se sempre na herança histórica e cultural, na qual o médico tem importância primordial no processo de saúde-doença, cura e reabilitação.

É triste ver que com o passar dos tempos, apesar do avanço tecnológico surpreendente a que chegamos, ainda vejamos práticas assistenciais pautadas em idéias retrógradas, mas que permanecem cristalizadas, direcionando o fazer profissional de muitos agentes de saúde.

Acho necessária, também, não só a mudança de atitudes dos profissionais de saúde, com referência ao tratamento do paciente. É preciso que se estenda à população essa nova visão que deve nortear o cuidado em saúde, pois, desta forma, quebram-se estereótipos e abrem-se novas portas ao fazer humanitário, pautado na divisão e compartilhamento de idéias e saberes próprios de cada área do conhecimento.

Segundo Bellato (1996), o que não é necessidade imposta pela equipe de saúde, não tem prioridade no hospital e, portanto, pode ser adiada indefinidamente. Em casa, no seu cotidiano, a pessoa doente possui uma rotina de cuidados com o corpo que se naturaliza no todo das ações realizadas. No hospital, o cuidado de si, da aparência, fica esquecido, por ser desvalorizado na totalidade das rotinas da equipe de saúde.

Desprezar a dimensão existencial da pessoa doente é desprezar a dimensão do corpo na apreensão sensorial do mundo, enquanto que situar o corpo através das pulsações da vida cotidiana é insistir nas permanências vitais de suas modalidades próprias, seu caráter de

mediador entre o mundo exterior e o sujeito, pois a experiência humana se apóia inteira sobre o uso do corpo.

A equipe de saúde reduz a pessoa a um corpo doente e este se torna objeto de sua manipulação, que se coloca, passivamente, como receptáculo daquilo que, paradoxalmente, chamamos de cuidado. O procedimento técnico, desenvolvido de forma mecânica, objetifica o corpo da pessoa doente hospitalizada e sua repetição cotidiana acaba por torná-lo naturalizado.

A postergação de um procedimento se mostra ao paciente, muitas vezes, inconcebível. Não é possível esperar, adiar para o futuro, para amanhã felizes, as esperanças de melhora no estado de saúde e o retorno às suas atividades corriqueiras. A melhora no estado de saúde parece ser o cronômetro para se medir a eficácia do ritmo imposto às ações da equipe de saúde. Para a pessoa doente, o tempo de hospitalização é, prioritariamente, ocupado com a expectativa da sua melhora e conseqüente alta hospitalar. Se esta se dá rapidamente, o tempo ganha densidade e parece curto. Ao contrário, se a espera pela melhora se prolonga por um tempo maior do que o previsto, esse tempo também se alongará de maneira angustiante (BELLATO, 1996).

O tempo é a dimensão da realidade do ser-aí. Estamos mergulhados na temporalidade, nela situados e envolvidos. O tempo, para o homem, é o tempo vivido e não o cronológico que se escoa por entre os dias e que não pode ser retomado. O tempo vivido está, ao contrário, presente em nós e podemos retomá-lo a qualquer momento em nossas experiências presentes e futuras.

Merleau-Ponty (1994) nos fala que o passado, vivo em nós no horizonte do presente, não pode ser vivido tal como ele existiu, pois ele não existe mais. Porém, ele não está perdido para sempre, está ultrapassado, mas se conserva em nós. Posso reconhecê-lo e falar dele como atual, como aquilo que acabou de passar. O futuro, por outro lado, é espera, é aquilo para o

qual o nosso presente atual se volta e se liga, é aquilo que se anuncia como projeto e se realiza por aquilo que vem e se faz presente. O presente vivo se expõe a tal passado e se projeta para o futuro.

Capalbo (2004,) ao abordar a questão da temporalidade, afirma que o passado está presente pela recordação, pelo olhar para o passado, pela memória que permite a reapropriação. O passado está ativo em latência e pode ser reativado pelo presente atual. O presente implica olhar em face, estar como presença do que se mostra tal como é, enquanto o passado existe para a retenção e o futuro para a pretensão.

*E não gosto de nada. Eu não quero. Eles sacanearam.
Quebraram o trato. Trato é trato. Cortaram a perna e não me
deixam ir embora agora. Tem que deixar, nem que seja três
dias, eu preciso ir embora. Eu tenho que ir. Perseverança - E5*

*Ansioso assim por causa da demora. Oito dias e eu aqui
internado, esperando. Você vai ficando ansioso, a minha
vontade é que tivesse sido há oito dias atrás, aí talvez eu já
tivesse pronto para ir embora para casa. Esperança - E1*

*Tô louco para ir embora. Ficar internado é bravo (silêncio).
Superação - E1*

A alta hospitalar acaba sendo visualizada como o “passaporte” para a vida e para o retorno às atividades que até podem ser realizadas no hospital, mas ficam como que reservadas para serem desenvolvidas longe do mundo hospitalar. A pessoa afirma que fará,

fora do hospital, tudo aquilo que fazia antes da cirurgia, muitas vezes negando as limitações impostas pelo procedimento cirúrgico, bem como sua nova condição no mundo.

... não fica só dentro de casa, vai andar, arruma uma bicicleta, aí vai bater papo com os amigos e vai andar um pouco. Não fica enfiado dentro de casa... Superação - E1

... No momento o que tá mais me preocupando é a vontade de ir para casa. É o que tá mais me preocupando. Cansei, enjoa. A casa da gente não tem igual. Em casa tem minha cadeirinha que eu posso andar para a rua... eu vou para todo lado, vou na igreja. Esperança - E9

Não há, em nenhum momento, a oferta, pelos profissionais de saúde, de ações e cuidados preparativos para a alta hospitalar. O paciente sabe que enfrentará dificuldades, mas não recebe informações que o ajudem a lidar com elas. Na prática diária é que se fará o aprendizado, mas perde-se a chance, no hospital, de preparar e guiar esse paciente neste aprendizado que, inquestionavelmente, fará parte de seu cotidiano na alta hospitalar.

Um preparo para a alta é fundamental, pois garante ao paciente a visualização de novas alternativas, num horizonte infinito de possibilidades e perspectivas. Desta forma, amenizam-se as angústias e os temores experienciados pelos pacientes neste momento.

A hospitalização, principalmente quando prolongada, permite que aflore uma infinidade de sentimentos, que exigem do paciente um trabalho interior muito grande, um esforço em direção ao equilíbrio e superação de todas as crises que possam vir. Os pacientes

encontram-se sensíveis, fragilizados pela vivência da doença instalada e das conseqüências que a mesma traz consigo. Além disto, são obrigados a conviver com pessoas estranhas e os familiares, muitas vezes, não podem acompanhar toda a internação. Isso gera sentimentos de solidão e abandono.

Desta forma, a presença de uma pessoa que compartilhe os sentimentos vivenciados neste momento, tornando-se familiar, disposta a ouvir e compreender sem criticar, acaba tornando-se fundamental.

Observei, ao longo deste estudo, que os pacientes mostraram sentimento de apego com relação a mim, principalmente nas internações prolongadas. Era a pessoa que sempre estava ali, que vinha disposta a ouvir o que eles queriam ou não falar, sem cobranças, sem a pretensão de respostas prontas e/ou corretas.

Nesta postura de escuta permitia que aflorassem sentimentos íntimos, ao mesmo tempo que era tida como companhia, companheira, suavizando a dor pela hospitalização e a solidão, em que, muitas vezes, os paciente viam se imersos.

Acredito que esta postura deveria ser tomada pela equipe de saúde, prestadora de cuidado, como sendo essencial ao seu fazer cotidiano, pois permitiria o estabelecimento do vínculo, bem como o estreitamento dos laços entre profissional e paciente, alvo das ações preconizadas nas políticas nacionais de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), para a humanização assistencial. É necessário que os profissionais redimensionem seus objetivos, para que, assim, consigam mudar a prática vigente de assistência à saúde, desenvolvendo um trabalho com ímpeto, garantindo maior qualidade às suas ações, obtendo-se melhores resultados que, com certeza, serão valorizados pelos pacientes e pela sociedade, de modo geral.

Mudando-se a postura profissional, teríamos, conseqüentemente, a mudança de atitudes dos pacientes, que, em seus depoimentos, não faziam menção a outros profissionais

que não médicos. Apesar destes serem citados, isto era feito de forma que ficava explícita a impessoalidade vivida na relação médico-paciente. O fato dos outros profissionais, que prestam cuidado, não serem citados vem nos mostrar que os mesmos estão mergulhados em um fazer cotidiano tão inexpressivo, que não se mostra significativo aos olhos de quem recebe o cuidado. Isto deve ser visto como um alerta aos profissionais que devem buscar um novo modo de agir, a fim de valorizar o trabalho prestado.

Com o passar do tempo, à medida que íamos nos tornando familiares, ficavam mais tranquilos, até no que se refere ao posicionamento no leito. Acredito que eu era visualizada como a pessoa que, mesmo estranha e ainda que indo e voltando, estava preocupada com cada um deles, em sua singularidade, tendo um sentimento próximo ao dos familiares.

... fico feliz, porque você tá fazendo esta pergunta. Porque sabe que o sofrimento é duro (silêncio). Carinho - E2.

Segundo Boemer e Corrêa (2003), resgatar a singularidade humana na relação profissional de saúde-paciente é condição fundamental para que se consiga atingir a proposta de assistência à saúde baseada em princípios de integralidade, equidade e participação popular. Um pensar filosófico pode auxiliar neste propósito, uma vez que abre novas possibilidades de compreensão da experiência vivida, evitando decisões ou atitudes reducionistas.

Para essas autoras, é necessário compreender o doente como sujeito, cidadão que traz para as instituições seus desejos, medos, sofrimentos e esperanças, ou seja, seu modo singular de vida. Considerar, então, a singularidade é compreender que a vida é sempre um jogo entre o singular e plural e que estes são dimensões inseparáveis do existir humano. Existir é ser-no-

mundo, é poder ser, é possibilidade, projeto e movimento. No movimento do existir humano é que se faz possível a autenticidade.

Respeitando essa autenticidade do paciente amputado, assumia uma postura distinta daquela observada até então, pelo paciente, no ambiente hospitalar. Afastava-se, naquele momento, o modo inautêntico de cuidar, uma vez que isto não se resume apenas a atividades técnicas, indo além, pela fala e pela escuta.

Esta inautenticidade do cuidado se dá, pois o mesmo é realizado sob a pauta de uma visão funcionalista, de modo fragmentado, no qual diversas pessoas cuidam de um mesmo paciente sem estabelecer, porém, vínculos com ele. Não se observa a preocupação da equipe em apreender os significados atribuídos àquele momento. Não se percebe que ao compreender a vivência do paciente estamos compartilhando de uma existência única, singular, agora marcada por um processo patológico e, até mesmo, uma alteração corporal e afetiva, que requerem um redimensionamento de expectativas e sonhos.

No fazer autêntico, buscamos resgatar a singularidade humana numa postura de abertura ao outro, sem preconceitos e idéias cristalizadas que não possam ser mudadas. Nos abrimos ao outro pela fala e pela escuta, numa relação dialógica que nos permite trocar experiências, ajudando-nos a nos constituirmos como seres-aí-no-mundo, compartilhando o mesmo cenário. Sobre o diálogo nos fala Merleau-Ponty (1994, p.475):

[...] Na experiência do diálogo, constitui-se um terreno comum entre outrem e mim, meu pensamento e o seu formam um só tecido, meus ditos e aqueles do interlocutor são reclamados pelo estado da discussão, eles se inserem em uma operação comum da qual nenhum de nós é o criador. Existe ali um ser a dois e agora outrem não é mais para mim um simples comportamento em meu campo transcendental, aliás nem eu no seu, nós somos um para o outro, colaboradores em uma reciprocidade perfeita, nossas perspectivas escorregam uma na outra, nós coexistimos através de um mesmo mundo. No diálogo presente, estou liberado de mim mesmo, os pensamentos de outrem certamente são pensamentos seus, não sou eu quem os forma, embora eu os apreenda assim que nasçam ou que eu os antecipe, e mesmo a objeção que o interlocutor me faz me arranca pensamentos que eu não sabia possuir, de forma que, se eu lhe empresto pensamentos, em troca ele me faz pensar[...]

Por se tratar de uma possibilidade, de um fazer autêntico, aberto ao diálogo e ao outro, e não mecanicista, os pacientes percebiam essa postura e me recebiam bem, raramente negando-me a entrevista. Em muitos momentos, percebia que não se recusavam a falar, mas seus gestos ou alguma frase, sinalizavam-me que, naquele momento, o silêncio falava mais alto e que não havia tanta disponibilidade para a fala, quanto o esperado de início.

Acredito que a não recusa em falar era uma maneira de me manter ali, próxima a eles, com a certeza de que eu iria voltar novamente para ver como estavam. Eu voltaria de qualquer forma, independentemente da recusa ou não em dar a entrevista naquele momento, porém, talvez o medo de perder a pessoa que demonstrava interesse pela situação vivenciada por eles, fazia com que, na maioria das vezes, não se recusassem a conversar, embora não estivessem disponíveis para isto.

A fala, muitas vezes, permitia o emergir de sentimentos dolorosos, tristes, uma reflexão do momento difícil que estavam vivendo e, por isso, calar-se, em alguns instantes, parecia a melhor maneira de enfrentar a situação.

Quando estava próxima a interrupção do relacionamento construído através das minhas visitas, durante o período em que estavam internados, pela alta iminente do paciente, estes mostravam-se agradecidos pela minha presença, chegando a despedir-se com afeto, com choro e até mesmo fazendo convites para visitas em suas casas. Neste sentido, observemos as falas:

Olha, sua presença é uma vitamina para mim. Não esquece de mim nunca, viu. Coragem - E9

Não, filha. Só tenho que te agradecer por vir aqui. Você é um anjo. Perseverança - E 7

(ao despedir-me, paciente que iria sair de alta, começou a chorar).

...é bom que você vem aqui, tem que ter tempo, e a gente fica proseando e esquece um pouco. Eu fico feliz. Coragem - E11

O membro fantasma como a extensão do corpo próprio

Como forma de se manter a expressão e fala do corpo, temos, em maior ou menor intensidade, a presença do membro fantasma. O membro ausente toma forma e habita de maneira contínua o mundo do amputado.

Como já dito anteriormente, o corpo é nosso meio de ter o mundo. Portanto, ter um corpo é juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se neles. Desta forma, mantenho-me no mundo relacionando-me com os outros, com as coisas, com o próprio mundo, experienciando meu corpo próprio, vivendo plenamente.

Em um amputado essa relação do corpo com o mundo é alterada, não se vive plenamente, pois, se é interrogado no corpo uma parte que não mais existe e que silencia. Em decorrência da amputação são delimitadas, no corpo, regiões de silêncio.

Para Merleau-Ponty (1994), na evidência de um mundo completo em que ainda figuram objetos manejáveis, na força do movimento que vai em direção a ele, e em que ainda figuram os projetos, o doente encontra a certeza de sua integridade. Após a amputação, é preciso que o que é manejável atualmente para meu corpo torne-se aquilo que se pode manejar, ou seja, que deixe de ser manejável para mim e torne-se manejável em si.

Quando um objeto é visto como manejável em si mesmo, abre-se a possibilidade para a sua manipulação, independentemente da deficiência instalada e, assim, o amputado tem a

certeza de manter-se no mundo íntegro, capaz de lançar-se em projetos com a perspectiva de poder concretizá-los, logicamente, obedecendo às limitações impostas por sua nova condição no mundo.

Esses projetos que garantem integridade ao ser humano são possíveis se eles estiverem corporalmente íntegros e, no amputado, isso é possível pela presença do membro fantasma, que assume posição de amigo e companheiro, cuja presença se torna necessária e incontestável. O amputado sente seu membro, assim como posso sentir a presença de alguém conhecido que não está diante de mim.

O sentir é tão intenso e tão verdadeiro, que o amputado consegue descrever-nos, precisamente, detalhes das sensações vivenciadas, como coçar o dedo, o cantinho da unha que machuca, o mosquito que pica, entre outros. Vejamos as falas:

Eu sinto até a unha que dóia, até aquela dorzinha, eu sinto até isso. Otimismo - E.2

Dói no peito do pé. Lateja. Dá agulhada. Mas é assim, no peito do pé... Vontade - E.1

...Dói rapaz, agora mesmo tá doendo de lado do dedo... Força - E.3

Esses detalhes, por sua vez, são tão reais ao amputado e tão absurdos aos olhos dos demais, que, muitas vezes, o paciente chega a “duvidar” das suas próprias sensações, de seus sentimentos e isto acaba por ser expressado em suas falas como algo estranho, engraçado, não

muito bem definido, que veio não se sabe de onde, mas está ali no seu lugar, ocupando seu espaço.

A despeito de qualquer estranheza que possa existir, ele permanece ali como parte integrante do corpo, como podemos observar nas falas:

... você vai acreditar que você tá com o pé. Você não vai pensar, tô sem pé, eu não vou por ele embaixo, que eu não tenho pé não. Você vai pensar que tem, você vai acreditar que tá com ele. Ele me orientou sobre isto (médico). Então, por isso, que tudo isso aconteceu(queda), eu levei aquilo na esportiva, ainda eu falei, o pé mentiroso tá querendo me enganar. Otimismo - E.3

... engraçado, a gente sente. Agora mesmo eu tô sentido formigar o pé (breve silêncio). Esperança - E.1

... sobrou um pedacinho só de perna, mas a gente sente. Olhando o dedo, né? Interessante. Esperança - E.1

... é a dor fantasma. Essa não tem cura. Vai sentir o dedão, o calcanhar... Eu acho graça. Achar o quê? Acho graça não ter pé e sentir (silêncio). Força - E3

O membro fantasma é um meio do ser-no-mundo manter-se íntegro, aberto às ações do mundo em plenitude, manter-se aberto às possibilidades do seu vir-a-ser, dos seus projetos

existenciais. Na tentativa de se descrever a crença no membro fantasma e a recusa da mutilação, forma-se a idéia de um pensamento orgânico pelo qual se tornaria concebível a relação entre o psíquico e o físico.

Segundo o filósofo Merleau-Ponty (1994), o membro fantasma não admite nem uma explicação fisiológica, nem uma explicação psicológica, nem uma explicação mista, embora possa ser relacionado às duas séries de condições. Na explicação fisiológica, o fenômeno se dá como a simples persistência das estimulações interoceptivas e o membro fantasma é apenas a representação do corpo que não deveria ser dada, já que o membro correspondente não está mais ali.

No que se refere à explicação psicológica, o membro fantasma torna-se uma recordação, um juízo positivo ou uma percepção, é a presença efetiva de uma representação. Depende da história pessoal do doente, de suas recordações, suas emoções ou suas vontades.

Partindo destas explicações objetivas e mecanicistas, fisiológicas e/ou psicológicas, fixando-nos somente nelas, reduziríamos muito a dimensão existencial do fenômeno membro fantasma e sua importância ao paciente amputado. Desta forma, recorro, então, a Merleau-Ponty para tentar explicitar, de forma mais adequada, o fenômeno em questão.

Esse fenômeno, que as explicações fisiológicas e psicológicas igualmente desfiguram, é compreensível ao contrário na perspectiva do ser-no-mundo. Aquilo que em nós recusa a mutilação e a deficiência é um Eu engajado em um certo mundo físico e inter-humano, que continua a estender-se para seu mundo a despeito de deficiências ou de amputações, e que, nessa medida, não as reconhece *de juri*. A recusa da deficiência é apenas o avesso de nossa inerência a um mundo, a negação implícita daquilo que se opõe ao movimento natural que nos lança a nossas tarefas, a nossas preocupações, a nossa situação, a nossos horizontes familiares. Ter um braço fantasma é permanecer aberto a todas as ações das quais apenas o braço é capaz, é conservar o campo prático que se tinha antes da mutilação (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 121).

Ligar o fisiológico ao psicológico, relacionando-os, é possível, então, quando os mesmos estão integrados à existência e que são ambos orientados para um pólo intencional ou para um mundo.

É. Faz parte da minha vida (perna amputada). Sente, sem dúvida. O funcionamento do resto do corpo também pertence a ela (perna amputada). Esperança - E 9

Segundo Merleau-Ponty (1994), a consciência do corpo o invade, a alma se espalha em todas suas partes, o comportamento extravasa seu setor central. Esta união entre alma e corpo não é selada por um decreto arbitrário, sendo realizada a cada instante no movimento da existência. Se em um amputado algum estímulo se substitui ao da perna, no trajeto que vai do coto ao cérebro, o paciente sentirá uma perna fantasma porque a alma está imediatamente unida ao cérebro e apenas a ele. A fusão entre a alma e o corpo no ato, a sublimação da existência biológica em existência pessoal, do mundo natural em mundo cultural, é possível pela estrutura temporal de nossa experiência.

Assim, o que encontramos atrás do fenômeno de substituição é o movimento do ser no mundo, não sendo o membro fantasma um simples efeito de causalidade objetiva. O paciente parece ignorar a mutilação e contar com o seu fantasma como um membro real, já que ele tenta caminhar com sua perna fantasma e não se desencoraja mesmo por uma queda. Para o amputado ele não a perdeu, pois continua a contar com ela.

... eu fui ver que tava sem a perna. Coçava, coçava o pé. Eu procurava esse outro pra coçar o pé que tava coçando. Eu pedia para o rapaz trazer a perna, a perna amputada para eu coçar, mas ele não sabia onde é que tava, perguntei para o enfermeiro; eu preciso coçar a perna amputada e ele falou que ia ver se achava ela por aí, mas não achou não. Engraçado a gente sente. Agora mesmo eu tô sentindo formigar o pé... (breve silêncio). Esperança - E1

... então, à noite eu tava cochilando, dormindo, assim, eu encostava uma perna na outra e parecia que tava gelado quando encostava perna na outra tava gelado, mas não é, é pensamento. Não podia encostar nessa porque não tinha a outra, né? Então, é isso aí. Eu achava que ela tava gelada. Eu colocava ela em cima e depois abaixava, mas não é eu não, é alguma coisa em pensamento, sei lá o que que é que acontecia, aí eu abaixava ela... Carinho - E2

O membro fantasma não é uma representação do membro, mas a presença ambivalente do mesmo, sendo que a recusa da mutilação não passa pelo plano da consciência plena. A vontade de ter um corpo são ou a recusa do corpo doente não são formuladas pelo paciente. Ela existe em si. Só compreendemos a ausência de algo quando esperamos dele uma resposta que não mais existirá e, muitas vezes, evitamos interrogar para não perceber este silêncio; nós nos desviamos das regiões de nossa vida em que poderíamos encontrar esse nada, mas isso significa que nós a adivinhamos.

Desta forma, o doente sabe de sua perda justamente enquanto a ignora e ele a ignora justamente enquanto a conhece. Qualquer estratégia de recusa da deficiência pode ser

compreendida como um empenho do indivíduo para manter-se aberto àquilo que o corpo fazia antes que surgisse o déficit, um esforço para conservar o campo prático que se tinha antes do adoecimento orgânico limitante.

As recordações que se evocam diante do amputado induzem a um membro fantasma, não como no associacionismo em que uma imagem chama uma outra imagem, mas porque toda recordação reabre o tempo perdido e nos convida a retomar a situação que ela evoca. O membro fantasma é, portanto, como a experiência recalcada onde não tenho força para transpor um obstáculo, nem renuncio a um empreendimento, um antigo presente que não se decide a tornar-se passado. O tempo que passa não leva consigo os objetos impossíveis, não se fechando sobre a experiência traumática, assim, o sujeito permanece sempre aberto ao mesmo futuro impossível, senão em seus pensamentos explícitos pelo menos em seu ser efetivo.

Biffi (1991) reporta-se à relevância do conceito filosófico de tempo, mencionando a distinção entre a fragmentação cronológica (Cronos) e o Tempo vivido (Kairos), entendido como tempo real. O tempo vivido, que nasce de minha relação com as coisas, remete-nos a um passado imediato ou não, a um presente e a um futuro. Isto leva-nos a um empenho em realizar nossas atividades cotidianas, a usar ou querer usar o corpo atual como usava-se o habitual. Assim, o amputado quer fazer tudo o que fazia antes da cirurgia, em geral coisas simples e corriqueiras, apesar de, na doença, como afirma Merleau-Ponty (1994), os acontecimentos do corpo se tornarem os acontecimentos da vida diária. Observemos as falas:

(Continuará criando galinha? Perguntei-lhe) Ah, sim. O que eu não posso é mexer muito, mais eu ponho os menininhos para jogar uns tratos, eu continuo... tenho lá umas quarenta,

cinquenta cabeças de galinha caipira, mesmo né? Então vai dando para o gasto, dá para um amigo que gosta de comer um frango, mata... Otimismo - E2

Muda que você vai andar um pouco, não fica aí só dentro de casa, vai andar, arrumar uma bicicleta, aí vai bater papo com os amigos e vai andar um pouco... Superação - E1

O corpo ocupa um lugar no espaço e a experiência do corpo próprio nos ensina a enraizar o corpo na existência, sendo que a essência dos objetos não é uma determinação espacial. O corpo possui um lugar no espaço objetivo; ele não está no espaço, mas habita o mesmo, sendo esta espacialidade primordial, pois se confunde com o próprio ser do corpo.

Sobre o espaço corporal e a estranheza que o membro fantasma pode causar, quando pensamos no espaço do corpo que ele ajuda a manter, Merleau-Ponty nos fala:

[...] se todavia os doentes sentem o espaço de seu braço como estranho, se em geral eu posso sentir o espaço de meu corpo enorme ou minúsculo, a despeito do testemunho de meus sentidos, é porque existe uma presença e uma extensão afetivas das quais a espacialidade objetiva não é condição suficiente, como mostra a anosognosia, e nem mesmo condição necessária, como mostra o braço fantasma. A espacialidade do corpo é o desdobramento de seu ser de corpo, a maneira pela qual ele se realiza como corpo (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 206).

O membro fantasma, parte integrante do corpo próprio vem, então, para manter o amputado em plenitude no mundo, numa tentativa de, na substituição, suprir a falta que a parte do corpo faz. Ele é presença constante, indispensável, pois, mesmo após o ato cirúrgico, o membro continua ali, sendo com o mundo.

Eu sinto a perna. Eu sinto que essa perna minha tá fazendo falta. Eu sinto que a perna tá comigo de dia, de noite mesmo, eu sinto que dói o dedo, dói o calcanhar, sinto que dói a sola do pé, parece para mim que a minha perna tá aqui, acho que não jogou fora, eles não jogam fora faz alguma coisa com ela, eu sinto que ela tá comigo, de noite, a perna. Eu sinto que ela tá comigo. Falei para a N. (filha) que coisa engraçada, eu sinto que a perna tá comigo. De noite eu sinto que ela tá comigo. Eu quero encostar nessa aqui, mas não acho nada. Não acho para encostar... mas sinto ela, eu acho falta dela. Ela dá aquele tremor, aquela coisa ruim no meu dedo, aquele frio debaixo da sola do pé, aquela dor terrível eu sinto, parece que o ar puxa, a veia da gente puxa, o calor puxa tudo, puxa para o coração da gente, que tá fazendo falta alguma coisa. Tem gente que talvez não sente isso. Eu já sinto. Tá faltando pedaço meu. Tem gente que não pensa isso. Não tá junto comigo esse pedaço. Eu sinto toda noite. Eu tô dormindo, eu acordo, assim, pensando, com isso, assim. O pé começa a tremer, tremer, aquela dor (silêncio).. Faz falta (silêncio).

Carinho - E.3

Se recolocarmos a emoção no ser no mundo, compreendemos que ela possa estar na origem do membro fantasma. Estar emocionado é achar-se engajado em uma situação que não se consegue enfrentar e que, todavia, não se quer abandonar.

A prótese como forma de se manter no mundo em plenitude

Acredita-se que a prótese torne possível a realização de qualquer atividade, melhorando a auto-estima e, portanto, minimizando os efeitos negativos (físicos e psicológicos) resultantes da amputação. As próteses tornaram-se alvo de atenção, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, sendo melhoradas em sua qualidade para atender a muitos indivíduos que perderam membros em decorrência da guerra. Centros de pesquisa protética e de engenharia da reabilitação vem projetando, desenvolvendo e avaliando novos componentes e técnicas protéticas, com novas informações sobre biomecânica (TOOMS, 2003).

Segundo este mesmo autor, houve um crescente interesse na melhora de técnicas cirúrgicas e dos cuidados pós operatórios e, o desenvolvimento das técnicas estimulou o uso das próteses no pós operatório imediato. Dessa forma, esta prática de uso precoce da prótese tem estimulado melhoras na cirurgia de amputação, como desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais fisiológicas, além da pesquisa das funções biológicas e biomecânicas básicas do coto de amputação.

Observa-se o impacto também, com o uso de próteses no pós-operatório imediato, sobre a atitude do cirurgião que passou a perceber com mais intensidade sua responsabilidade quanto aos cuidados do paciente imediatamente após a cirurgia e também quanto à reabilitação.

Para Luccia (2002), o médico que estiver envolvido com o cuidado destes pacientes deve ter o máximo de informações nessa área para o atendimento ideal; deve possuir técnica operatória, conhecimento da funcionalidade dos diferentes níveis de amputações e características dos aparelhos ortopédicos.

Apesar das próteses serem adequadas a quaisquer níveis de amputações, observa-se que as realizadas em níveis mais distais proporcionam uma reabilitação mais eficiente. A reabilitação, então, vem sendo considerada cada vez mais importante, pois se o processo ocorrer de forma adequada, o paciente terá uma vida praticamente normal, podendo realizar todas as atividades que quiser ou necessitar.

Partindo do pressuposto de que a reabilitação tem por objetivo avaliar a funcionalidade dos indivíduos com incapacidades, seqüelas ou sujeitos a essas limitações, buscando o desenvolvimento do potencial funcional, promovendo independência e reinserção social, e que o número de pessoas portadoras de deficiência física é crescente, é, então, elaborada a legislação brasileira em reabilitação (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, 2003).

As principais publicações que regulamentam a reabilitação no país, iniciaram-se em 1976 com a Lei nº 6360 que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os correlatos (aparelho ou acessório) e regulamenta a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para o setor de ortopedia técnica, confecção e comercialização de artigos ortopédicos. A partir, desta data, decretos, portarias e leis têm sido publicados a fim de garantir e qualificar o atendimento à pessoa portadora de deficiência física.

De acordo com Universidade de São Paulo – USP (2003), o HCFMRP- USP, local de desenvolvimento deste estudo, através da Portaria nº 180 de 18/03/2002, foi cadastrado como um dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação, com finalidade de prestar assistência intensiva em reabilitação aos portadores de deficiência física, constituindo-se na referência de alta complexidade em reabilitação motora e sensório-motora, além do credenciamento de leitos para reabilitação. Este cadastramento é fruto da Portaria nº 818 de 05/06/2001, a qual resolve organizar e implantar redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física e fixar critérios de definição de serviços, fluxos e mecanismos de referência, determinando às Secretarias Estaduais de Saúde a organização dessas redes.

Em função do credenciamento do HCFMRP- USP à Rede Estadual de Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação, foi criado em 2000, pela Portaria nº 191 da Superintendência do HCFMRP- USP o Centro de Reabilitação e Medicina Esportiva (CERME), a partir da junção de três projetos independentes, mas relacionados. São eles: Centro de Reabilitação de Traumatismo Raqui-Medulares, Núcleo de Avaliação do Atleta e Serviço de Reabilitação Respiratória.

O CERME deu início às suas atividades no ano de 2001, em estrutura adaptada e provisória, após contratação de um fisiatra, o qual deixou o serviço recentemente. Até o momento não houve contratação de uma pessoa para substituição. Dentro do CERME foi instituído, entre outros, o Ambulatório de Órteses e Próteses, com atendimento semanal às quintas-feiras à tarde, tendo iniciado atendimento em 03/10/2002. Recursos materiais foram obtidos com a “Campanha Nacional de Órteses e Próteses”, no segundo semestre de 2002, sendo definido junto à DIR XVIII (Divisão Regional de Saúde) o fluxo de paciente amputados da região.

O referido serviço tem por finalidade a implementação de programas destinados à reabilitação de pacientes portadores de deficiências físicas e moléstias crônicas incapacitantes, visando o restabelecimento do seu potencial físico, psicológico, social, profissional e educacional, compatível com suas doenças. Além disso, visa o desenvolvimento de programas integrando aplicações da medicina esportiva e da fisiologia do exercício para o diagnóstico, tratamento e prevenção de lesões relacionadas ao esporte e à promoção de atividade física e saúde em geral (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, 2003).

Reconhecendo a importância e os objetivos do CERME, é necessária a implantação do Centro em local adequado, para que possam ser desenvolvidos os programas de reabilitação, entendidos como conjunto de medidas terapêuticas de natureza multidisciplinar aplicadas de maneira racional e coordenada, visando o restabelecimento do potencial funcional e produtivo

de indivíduos acometidos por uma condição incapacitante específica. O projeto para reforma das instalações ainda não foi iniciado.

Os pacientes portadores de deficiência física, atendidos no HCFMRP- USP, que necessitam de próteses e órteses, são encaminhados ao NGA-59 (Núcleo de Gestão Assistencial), apesar da DIR XVIII ter definido em 2002 que os pacientes atendidos pelo hospital requereriam o equipamento necessário através daquele serviço. A equipe do NGA-59, segundo o Relatório de Atividades da Equipe Multiprofissional de Reabilitação do SUS/ NGA-59, do ano de 2004, é responsável pela concessão de órteses, próteses e aparelhos auxiliares pelo SUS, na região da DIR XVIII, a qual abrange vinte e quatro cidades da região de Ribeirão Preto, sendo constituída por: um médico ortopedista, um médico fisiatra, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um enfermeiro e duas assistentes sociais (RIBEIRÃO PRETO, 2004).

Dos quatrocentos e trinta e seis pacientes atendidos por esta equipe em 2004, avaliados de acordo com diagnóstico funcional, mais de um terço (36,7%) são amputados de membros inferiores, em sua maioria diabéticos, representando um total de cento e sessenta pacientes. Os amputados de membros superiores constituem-se 2,1%, ou seja, nove pacientes. Observa-se que a maioria dos pacientes atendidos pela equipe é do sexo masculino, assumindo 59,6% e está compreendida na faixa etária de quarenta a sessenta e nove anos.

Foram entregues, em 2004, para os pacientes atendidos, apenas setenta e oito equipamentos, o que corresponde a 17,9% da demanda existente. A maioria das pessoas que necessita de próteses, órteses ou aparelhos auxiliares (82,1%) não recebeu nenhum equipamento. Dentre os aparelhos entregues, vinte e seis foram próteses de membros inferiores. A verba do SUS para a aquisição desses materiais vem sendo diminuída nos últimos cinco anos, ocasionando uma demanda reprimida, devido à redução do número de equipamentos entregues em 85,8%.

O custo destas próteses, normalmente, é elevado e isto torna-se motivo de preocupação para o amputado, pois é um sonho que, muitas vezes, não se realizará; é o impedimento do movimento em direção ao mundo. Vejamos as falas:

... agora, as duas. Fica difícil,. Fica difícil pra pobre. Quem tem dinheiro é mais rápido; não tem condições de comprar uma prótese, é caro, custa oito mil reais, a mais barata. O hospital demora, é muita gente. Superação - E1

... eu vou colocar uma prótese... depois eu coloco uma prótese e ando sozinha. Eu quero. Acho que é cara, vamos ver. Luta - E8

Eu tinha (pensado em colocar prótese), mas eu pensei que ia demorar muito porque é cara... Força - E2

... quem me falou (de colocar prótese) foi o médico. Opera. Eu ainda falei para ele fica muito caro. Ele falou faz o pedido e o SUS dá a prótese. Otimismo - E1

No HCFMRP-USP, cenário de nosso estudo, o processo para aquisição da prótese se dá como explicitado anteriormente, sendo de forma insuficiente, então, para o atendimento da demanda gerada no próprio hospital. A promessa do médico para o fornecimento da prótese, em curto período de tempo, é vaga e não condiz com o observado no cotidiano do serviço.

Adquirir a prótese parece ser sonho imprescindível; é desejado por todo amputado e os acompanha desde quando a cirurgia passa a ser uma possibilidade. A própria equipe médica ao comunicar a necessidade da cirurgia, já aborda a questão da reabilitação com o uso da prótese, talvez na tentativa de amenizar o sofrimento, causado pela amputação, que é seu e do paciente.

...o médico falou que é rápido, três meses fazendo tratamento aqui, eu coloco a prótese e ando direitinho... Força - E1

... na minha idade, mesmo que corta, o médico falou que põe a prótese, dá para mim andar. O médico falou que vai dar para caminhar, andar, praticamente normal... Otimismo - E1

Eles me prometeram. Quando falaram da cirurgia, já me falaram da prótese. Faz um tratamento de três meses e põe uma prótese de primeiro mundo; nós damos para o senhor. Força - E2

É constante a referência à sugestão do médico no que se refere ao uso da prótese após a cirurgia. O profissional de saúde, desta forma, busca compensar o déficit que causará com a realização da cirurgia, compensando também a “culpa” por ser “causador” da mutilação. Oferecer a prótese, ou seja, a alternativa para compensar o déficit, que ele ajudou, de certa forma, a concretizar, parece aliviar a carga ou “culpa” por ter contribuído para aquela situação.

O médico diante da amputação assume sua impotência, assume que ele e a medicina não deram conta de impedir uma mutilação. Isto torna-se doloroso ao profissional que tem como ideal agir em prol do paciente, sempre buscando o melhor, o mais eficaz, enfim, o que possa garantir a integridade e bem estar. O profissional tenta postergar ao máximo a decisão pela amputação, sendo necessária, às vezes, até a intervenção do paciente que já se encontra exausto diante da situação da doença. Ouvir que o paciente “quer” a cirurgia traz um certo alívio. Vejamos a seguinte fala de um paciente a esse respeito:

Falei para o professor: me diz o que vai fazer, me dá uma resposta. Eu quero ir embora. Ele falou que ia cortar, então. Foi bom para eles, tirou um peso. Foi bom para eles. Azar o meu. Agora vai parar a dor. Eu não queria ficar sem o pé. O meu filho também não queria. Mas não tem jeito. Já fez a outra cirurgia para mandar sangue, mas não deu certo(silêncio)...Perseverança - E.1

A prótese torna-se, então, uma forma de minimização das frustrações, tanto do paciente quanto do médico, sendo, para este último, um meio de manter-se potente, útil, detentor do saber e da verdade, responsável pelo que há de melhor.

A superação das dificuldades e realização de atividades é de extrema importância, pois, como afirma Carvalho (1987), é a ação que realiza a unidade do sujeito com o seu corpo, no movimento expressivo de experiência, realizando também o entrecruzamento de todos os motivos e necessidades do sujeito no mundo natural e social, tratando-se de efetuar, pela ação, a totalidade do ser e do existir do cliente.

Deste modo, a prótese torna-se preocupação e passa a fazer parte do mundo do paciente submetido à amputação, antes da alta hospitalar, ou até mesmo antes da realização da cirurgia, como já exposto anteriormente.

... deixa essa perna prá lá que a doença vai toda embora com ela. No seu corpo ela não fica. É melhor viver com a prótese do que com a doença. Garra - E2

ai fazer a cirurgia, depois eu posso pôr uma prótese. Tem prótese boa (silêncio). Luta - E 1

Embora a prótese seja vista como de extrema importância para a pessoa já submetida à amputação, em alguns momentos ela é visualizada como algo que traz dificuldades, sofrimento, que requer adaptação, requer um começar e recomeçar novamente. A pessoa reconhece que precisa da prótese para continuar desenvolvendo algumas atividades, ao mesmo tempo em que sabe também que não é mais a parte orgânica do seu corpo que está ali.

Ah, se colocasse e desse certo de andar é bom, mas é difícil. A hora que vem, tem que fazer um bom treinamento para colocar isso. Acho que é outro sofrimento, né? (silêncio). Superação - E1

... não tem outra, nem que a gente pega essas pernas mecânicas, mas não é igual à perna da gente, não é couro da

gente, não é que nem a carne da gente. Talvez você pega e não se dá bem, machuca, não calça, não dá certo. Às vezes, se sente bem... Carinho - E3

A prótese, que aos olhos de qualquer pessoa, apresenta caráter de objeto, conjunto mecânico de metais, parafusos, plásticos, ao amputado assume caráter de algo além, uma vez que não é só um objeto facilitador e sim algo que será parte integrante do corpo próprio. Representa um horizonte de possibilidades.

Constituir-se-á num pedaço/parte deste corpo próprio, que está no mundo e se lança em direção a ele a todo instante, percebendo, contactuando com o corpo e com as coisas. Tornar-se-á parte fundamental do corpo, permitindo a percepção plena, de modo integral e completa, de forma semelhante ao membro fantasma.

A prótese, no entanto, não é ilusória, não é fantasmagórica, invisível; é matéria concreta, palpável, visível aos olhos de todos, inclusive dos não amputados, porém, não se pode, em função disto, confundí-la apenas como objeto facilitador. Sua presença e razão de ser vão além das nossas simples e ingênuas interpretações. Ela tornar-se-á, como o membro fantasma, uma extensão do corpo próprio.

Face a isso, observamos que sua presença na vida do amputado, enquanto a amputação ainda faz parte do seu vir-a-ser no pré-operatório, já é concreta e assume grande importância no que se refere às possibilidades desse vir-a-ser no mundo. De modo geral, é visualizada como a ponte que continua ligando o homem ao mundo plenamente; é o passaporte para a manutenção da integridade física, apesar de não ser constituída de matéria orgânica.

As expectativas depositadas na prótese mostram-se grandiosas, pois, muitas vezes, ela parece ser a redenção para o mal que se abateu com a amputação, tornando-se objeto de preocupação e desejo íntimo de cada um. Vejamos as falas:

...daqui três meses eles vão me dar uma prótese. Já tá preparada. Fica perfeito. Só que é daqui três meses. Eles falaram. Força - E3

Eu quero (prótese). Claro. Eu não dispenso não. Se Deus quiser, vou pegar (pausa). Com a prótese, um pouquinho, você tá andando. Treina um pouquinho e pronto. É bem melhor pegar a prótese do que ficar sem a prótese. Seria legal pegar a prótese... é uma readaptação, a vida é melhor. Viver é melhor. Garra - E2

O amputado passa a incorporar a prótese em seu ser, pois, segundo Merleau-Ponty (1994) incorporo, nas ações em que me envolvo por hábito, os instrumentos utilizados na ação e estes passam, então, a fazer parte do corpo próprio, participando da estrutura original do mesmo. Assim, se a prótese vier a fazer parte do corpo próprio, ela deixará de ser objeto, uma vez que o corpo não é objeto.

A prótese representa possibilidade de movimento que, segundo o filósofo Merleau-Ponty (1994), só é aprendido quando o corpo o compreende, ou seja, quando o incorpora a seu mundo. Mover seu corpo é visar as coisas através dele, é deixá-lo corresponder a sua solicitação, que se exerce sobre ele sem nenhuma representação.

Mover-se é perceber, é ir em direção a, é experienciar. Para Merleau-Ponty (1994), a experiência motora do nosso corpo não é um corpo particular de conhecimento e nos fornece uma maneira de ter acesso ao mundo e ao objeto. Refere também que o homem revela, em sua existência, alguns movimentos para desviar-se de parte de seu corpo ou de sua vida em que corre o risco de encontrar um vazio, ou seja, desviar-se daquilo que impede sua adesão plena ao mundo e aos projetos que nele figuram. Desta forma, a prótese vem colaborar com esses movimentos de fuga, preenchendo o vazio existente, possibilitando a plenitude e respostas a um interrogar o corpo.

As regiões de silêncio falarão, porque o membro ausente foi substituído. A expressão do corpo poderá ser dada, ser mantida como desejada.

6. Reflexões sobre o desvelado: um novo pensar a amputação

Com a realização deste estudo foi possível compreender e desvelar algumas facetas do fenômeno amputação, já que ele se mostrou em perspectivas. Isto se deu num período de transição na vida do paciente, contemplando dois momentos: um, no qual a amputação ainda se constituía em uma possibilidade, um vir-a-ser e outro, onde ocorria a recente concretização dessa possibilidade, ou seja, ser amputado.

Esta percepção, do mundo e dos fenômenos, se dá a nós em perspectivas pois, segundo Merleau-Ponty (1994), o mundo em que estamos imersos é inesgotável para a nossa consciência. Sempre haverá um saber latente, secreto, além da nossa percepção. Assim, os objetos não são dados por inteiro, nós os vemos por perfis: uma parte se manifesta, enquanto outra se esconde. É característica da coisa e do mundo se apresentarem a nós em perfis inacabados, parciais, sempre fragmentários. Embora captemos a cada momento apenas determinadas facetas da coisa, mesmo assim ela se apresenta a nós em sua originalidade e isso nos permite ver o novo e o próprio, o particular de cada coisa ou situação.

Na amputação, o corpo assume sua dimensão existencial de modo mais efetivo, pois é o corpo que permite o existir e é ele quem sofre alterações na amputação, afetando a existência. Observa-se a importância vital do corpo enquanto meio de inserção e relação com o mundo, pela percepção, além da infinidade de sentimentos envolvidos no processo de alteração desse corpo e, portanto, de todo o existir.

Para Merleau-Ponty (1994), não tenho um corpo, mas sou um corpo, que percebe e simultaneamente é percebido, devendo, portanto, deixar de ser compreendido apenas como objeto. O corpo é meu veículo de estar-no-mundo, meu ancoradouro neste mundo, meu

mediador com ele, meu começo e meu fim. O corpo próprio não é como um objeto no mundo, mas como um meio de nossa comunicação com ele, é o horizonte latente de nossa experiência, é presença sem cessar. É através do corpo que existo e existir refere-se ao movimento pelo qual o homem está no mundo, comprometido numa situação física e social que se torna seu ponto de vista sobre o mundo.

O filósofo critica a visão mecanicista que considera o corpo como objeto. Diferentemente do que acontece com os objetos que nós podemos remover de nosso campo perceptual, nós não podemos nos destacar de nosso corpo, nem deslocá-lo de nossa percepção. Desta forma, nosso corpo está permanentemente presente para nós, sendo esta permanência primordial e isto nos capacita a observar os objetos.

Ver um objeto é ou possuí-lo à margem do campo visual e poder fixá-lo, ou então, corresponder efetivamente a essa solicitação e fixá-lo. Vemos os objetos em perspectivas, dependendo do ângulo em que observamos. Isto nos permite ver sempre coisas novas, ter sempre o que descobrir, compreender e apreender. Olhar um objeto é entranhar-se nele.

O corpo, desta forma, perde esta concepção de objeto, pois é impossível entranhar-se nele próprio, pois ele já está aí, emaranhado, unido a si mesmo e a perspectiva vivida, a de nossa percepção, não é a perspectiva geométrica ou fotográfica.

Os objetos estão sempre diante de meu corpo; eu mesmo, porém, nunca estou diante de meu corpo, pois estou no meu corpo, sou meu corpo. Nosso corpo não é um objeto externo, não precisa ser localizado e as decisões tomadas são imediatamente implementadas.

Isto se dá, segundo Merleau-Ponty (1994), pois meu corpo inteiro não é uma reunião de órgãos justapostos no espaço. Eu o tenho em uma posse indivisa e sei a posição de cada um de meus membros por um esquema corporal em que eles estão todos envolvidos. As partes do corpo não estão distribuídas umas ao lado das outras, mas todas inseridas, envolvidas umas nas outras, não são partes extra partes.

O corpo não é um receptáculo passivo das ações de um mundo de coisas ou barreira que isola o espírito do seu exterior. Não está na dependência do poder soberano da consciência; ele exerce um papel de mediador por excelência, já que nos põe em contato com o mundo e marca a presença do mundo em nós. Não tem um papel de passividade e inércia, mas sim o de colocar-nos em contato com o outro e com o mundo.

Merleau-Ponty (1994) afirma que ele não é apenas um espaço expressivo entre todos os outros e sim o próprio movimento da expressão, aquilo que projeta as significações no exterior, dando-lhes um lugar, aquilo que faz com que elas comecem a existir como coisas, sob nossas mãos, sob nossos olhos. O corpo é nosso meio geral de ter o mundo.

É a partir do “corpo próprio” ou do “corpo vivido” que posso estar no mundo em relação com os outros e com as coisas, pois o corpo, através do sensível, exerce a comunicação vital com o mundo, que faz com que ele se torne presente como local familiar de nossa vida. Este mundo, por sua vez, é a sede das tarefas reais e potenciais a serem realizadas, é o horizonte sempre presente na maneira pela qual o corpo existe. Desta forma, o corpo está atado ao mundo, sendo no espaço mundano.

O corpo vivido é constituído através das nossas experiências, é fruto da nossa relação com o mundo, ao mesmo tempo que é o meio pelo qual essa relação existe, pois ele permite o contato com o mundo. Nosso corpo está permanentemente aberto às vivências, aguardando experiências que vêm a constituí-lo, integrá-lo. Vejamos o que nos fala o filósofo sobre isto:

Quer se trate do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tenho outro meio de conhecer o corpo humano senão vivê-lo, quer dizer, retomar por minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele. Portanto, sou meu corpo, exatamente na medida em que tenho um saber adquirido e, reciprocamente, meu corpo é como um sujeito natural, como um esboço provisório de meu ser total (MERLEAU-PONTY, 1994, p.269).

São as experiências vividas e percebidas que levam, então, à constituição do corpo próprio que está aí-no-mundo, como possibilidade. O corpo próprio está no mundo como o coração está no organismo, mantendo o espetáculo visível continuamente em vida. Dessa forma, ele não se constitui como barreira que nos isola do mundo, mas, pelo contrário, atua como uma ponte que nos coloca em permanente contato com o mundo (MERLEAU-PONTY, 1994).

Tudo aquilo que sei do mundo é a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo, sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo universo da ciência é construído sobre o mundo vivido.

O mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo, eu estou aberto ao mundo, me comunico com ele, mas não o possuo. Ele é inesgotável. Ele é o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras, sendo, portanto, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade.

Esta relação homem/mundo se dá através da percepção que liga o meu corpo ao mundo e o mundo a mim. Na percepção, os vários sentidos não funcionam como fatores a serem coordenados, mas agem como poderes ou forças indivisíveis, estruturando o mundo, numa experiência unificada.

Perder parte do corpo é doloroso e impõe um novo modo de viver, de estar-no-mundo e se relacionar com ele, exigindo um redimensionar, pois o corpo foi alterado e, conseqüentemente, a percepção do mundo e das coisas.

Segundo Merleau-Ponty (1994), as coisas que eu percebo, percebo-as sempre com referência ao meu corpo e isto se dá somente porque tenho uma consciência imediata de meu corpo e como ele existe para si. Nosso corpo não está aberto somente às situações reais; ele está preparado para o virtual, para situações imaginárias.

Ao ser informado sobre a necessidade da realização da cirurgia, o paciente abre-se às situações imaginárias e passa por um momento onde já se mostra a possibilidade de um futuro diferente, do imaginado para ser vivenciado até então, e acaba por ser obrigado a decidir sobre este futuro. Surge neste momento a primeira grande decisão que a pessoa deve tomar, ou seja, eliminar o processo patológico, causador de sofrimento e dor, ou ser-no-mundo amputado, convivendo com uma modificação corporal e existencial?

Esta perda é extremamente dolorosa, é sinônimo de sofrimento e marca o início de uma nova condição no mundo, de uma nova forma de existir e co-existir. Busca-se, então, a aparência de algo que está superado, no entanto, a dor, física e existencial, faz parte do cotidiano da pessoa na iminência da cirurgia mutilante. Por mais que seja difícil ou doloroso ser uma pessoa amputada, o paciente se rende à situação limite/ limitante em que se encontra, na doença crônica, e opta pela realização da cirurgia, com esperança de acabar com a dor física ou de se manter no mundo, afastando a idéia de morte próxima.

Quando há opção pela cirurgia, há também opção por um novo modo de estar-no-mundo que, inicialmente, se mostra ao paciente de forma confusa, indefinida. Desta forma, afloram sentimentos divergentes, que interagem entre si e permanecem unidos, permeando a existência.

Ao mesmo tempo em que o paciente pede, “quer” a cirurgia, para que possa acabar com o processo patológico, rejeita a idéia de ter seu corpo alterado pela perda de uma parte, sendo isto expressado nas entrelinhas dos discursos e no dito de forma não verbal. Isto denuncia a tristeza vivida. É um modo de viver apresentado, mas nunca desejado.

Diante da perspectiva apresentada, o paciente, no pré-operatório, lança-se em busca de alternativas e tentativas para manter-se intacto em sua aparência física (com a idealização do uso da prótese) e emocional, expressando a todos, principalmente à família, que está bem e deseja fazer a cirurgia, devendo esta ser aceita. Busca, desta forma, mascarar a dor sofrida.

O co-existir de sensações e sentimentos diversos, opostos ou não, presentes no pré-operatório, permanecem no pós-operatório, durante a hospitalização e, provavelmente, perduram após a alta.

Para Merleau-Ponty (1994), isto ocorre porque somos permanentemente sensíveis e as nossas sensações se dão numa configuração global onde ver é tocar, ouvir é ver, tocar é ver, ou seja, nós podemos ver algo e termos a sensação do toque em nossas mãos, percebendo a textura como ela é. Permitimos, assim, que sentimentos e sensações diversas compartilhem o mesmo cenário, tornando-se parte da experiência vivida.

Segundo o filósofo, toda percepção ocorre numa atmosfera difusa e escapa ao controle do sujeito, pois não é um ato de vontade, de decisão de uma consciência atenta, mas sim a expressão de uma situação dada. Prova disto é que, por exemplo, vemos as cores independentemente de nossa vontade, porque somos sensíveis a elas.

A cirurgia que é boa e fácil, pois permite o fim da dor e da patologia, é também ruim e difícil, uma vez que promove uma existência marcada por uma inserção mundana distinta da vivenciada até o momento.

A esperança é um sentimento que se mostra presente para possibilitar o equilíbrio entre os opostos, já que o paciente se agarra a ela como a uma ponte que possibilita o retorno ou manutenção da vida, do existir. Continuar vivendo, existindo, como ser-aí-no-mundo é fundamental e questão prioritária e essencial, apesar da dor sofrida, pois o corpo continuará inserido no mundo, falando, expressando, compartilhando. A esperança, na vida, acaba impulsionando a decisão pela cirurgia, com vistas a uma existência modificada. É preciso readaptar-se, reviver, redimensionando toda uma existência.

O existir é modificado, pois modifica-se o corpo, o meio do ser-no-mundo, alterando-se toda a relação do homem com aquilo que o cerca, com ele mesmo, com os objetos, já que regiões do corpo, silenciadas na amputação, continuam a ser interrogadas, questionadas.

Ao ser questionada uma parte do corpo que não mais existe, haverá uma resposta real e não mais ideal ou habitual. Essa nova realidade gera, em muitos momentos, medo, dor, angústia, pois ter que readaptar-se a um novo modo de existir e transpor barreiras em direção às possibilidades reais é, num primeiro momento, algo complexo e difícil.

Enquanto o paciente não visualiza claramente as possibilidades que se apresentam, que requerem redimensionamentos, sofre pela falta de perspectivas e a dependência ganha amplitude na vivência. A pessoa amputada passa a preocupar-se com a dependência, vislumbrando-a como um futuro marcado por sofrimento. Imagina-se, supõe-se, uma existência condenada à piedade dos outros, fato este que deixa de se mostrar tão concreto quando o paciente tenta e consegue desenvolver atividades que promovem sua autonomia.

Desta forma, torna-se evidente a importância do desenvolvimento harmônico do processo de reabilitação, pois isto traz consigo não só perspectivas para um fazer cotidiano ideal, mas, sobretudo, traz perspectivas para um novo existir, para uma inserção mundana plena e confortante.

Os profissionais de saúde devem estar atentos à reabilitação do paciente, iniciando o processo desde o pré-operatório. Deve-se acessar a pessoa e mostrar-lhe as alternativas e possibilidades disponíveis, ajudando-a a visualizar ações, atos, gestos que serão possíveis, mesmo após a cirurgia, mantendo-se, assim, a expressão corporal.

Reabilitar um paciente não é só devolvê-lo à sociedade como uma pessoa que consegue ser independente, apesar da deficiência, ou que é capaz de produzir. A reabilitação deve ser capaz de levar ao paciente perspectivas de um existir modificado, porém, um existir que permite manter-se aberto ao mundo e às coisas.

Percebendo essa abertura ao mundo, em suas possibilidades, a pessoa amputada poderá redimensionar seu existir, suas expectativas, seus projetos e valores e, assim, se adaptar e readaptar, aprender e reaprender, chegando a alcançar uma vida confortável e plena,

com qualidade. Uma boa qualidade de vida é possível quando conseguimos alcançar nossos objetivos, superando as dificuldades encontradas.

A mutilação modifica o existir, mas não o interrompe. Ao adaptar-se às mudanças, as dificuldades diminuem e o paciente começa a perceber a vida de uma forma mais positiva. Planos que inicialmente são singelos e modestos poderão, com o passar do tempo, ganhar densidade, tornando-se audaciosos e grandiosos para uma pessoa que convive com uma deficiência. Buscar o que vai além, o que a princípio parece distante, é o que deve impulsionar a pessoa e pode dar sentido à existência.

Perceber o momento vivenciado pela pessoa amputada é imprescindível para o profissional de saúde, membro de equipe multidisciplinar, envolvido no cuidado e na reabilitação deste paciente, pois, com perspicácia e sensibilidade, pode-se atuar de modo mais efetivo, trazendo-se um benefício maior ao paciente, alvo de todo o trabalho.

A equipe de enfermagem possui grande importância no processo de cuidar e mesmo de reabilitar, porém, no seu cotidiano de trabalho, permite que suas ações fiquem tímidas e restritas, não assumindo uma postura tão significativa quanto à necessária no tratamento do doente. Suas ações ficam como que suprimidas diante da rotina estabelecida e do fazer mecânico, predominante em toda a assistência.

À medida que a equipe se envolve, de modo mais humanitário, na assistência do paciente, compreendendo o momento por ele vivenciado, assumindo uma postura de compartilhamento, ajuda e cuidado, consegue melhorar a relação equipe de saúde e paciente e a dor vivida na hospitalização é amenizada.

Ver-se em um hospital, rodeado por pessoas estranhas e distantes, sem o aconchego familiar e a companhia de pessoas significantes, é, inicialmente, assustador e triste. Mostra-se fundamental, então, o acolhimento da equipe de saúde. Acolher é buscar, é ultrapassar as visões que nos prendem a práticas insatisfatórias, almejando-se sempre um novo horizonte de

relações, onde se dá um compartilhar, uma troca de experiências que permite a intersecção de objetivos e um novo modo de vivenciar o mundo.

A doença crônica, causa de todas as amputações dos participantes deste estudo, deve também ser abordada pelos profissionais, de modo que permita ao paciente compreendê-la, tanto em sua gênese, quanto em suas implicações, pois, assim, a pessoa pode perceber e reafirmar para si a dimensão de sua vivência, valorizando ainda mais a preservação do corpo como um todo, permitindo-se, ainda, o pleno existir. Perder parte do corpo implica em perda existencial, vivencial, porém, não é o fim desta existência e isto conforta, de certa forma, a pessoa amputada.

A literatura enfatiza os cuidados com o pé diabético e a prevenção de lesões, de forma a diminuir os altos índices de amputações em pessoas diabéticas. Neste estudo, como já observado anteriormente, a maioria dos pacientes entrevistados sofreu amputações em decorrência de patologias associadas ao diabetes.

Os índices alarmantes de amputações nestas pessoas têm gerado preocupações nas esferas competentes de governo, já que se constitui em um problema de saúde pública. Desta forma, o cuidado com os pés e a prevenção de amputações foi alvo da campanha nacional de diabetes, em novembro deste ano. Torna-se cada vez mais importante o engajamento profissional nestas campanhas, com adequada orientação e monitoramento dos pacientes, visto que há um crescente aumento da população diabética no país.

A prótese assume papel importante nesse novo caminho a ser percorrido após a amputação, nesse novo modo de viver, tornando-se sonho e desejo desde o pré-operatório. Apresenta-se como possibilidade de um futuro independente e da manutenção da integridade física do corpo, permitindo vivências plenas, onde a pessoa lança-se ao mundo, independentemente de suas limitações.

O paciente amputado vê na prótese um apoio para si, à medida que esta permite estar no mundo de forma aparentemente intacta e ideal, sendo aquilo que permite visualizar, com mais facilidade, o horizonte de possibilidades que se abre diante de nós, mas que, em muitos momentos, parece estar reduzido a um ponto ou lugar insignificante.

Como diversas coisas se mostram divergentes ao paciente na vivência de uma amputação, o uso da prótese também se encontra situado desta maneira. O paciente almeja o uso da prótese, porém, sabe que encontrará dificuldades para isto; o que vem a desanimá-lo em alguns momentos, pois é consciente de que aquilo não é seu corpo. Esta sensação é minimizada quando a prótese é incorporada ao corpo próprio como parte dele, como parte do ser que existe, percebe e lança-se no mundo continuamente.

Ainda na tentativa de se manter o corpo próprio aberto às vivências em sua plenitude, temos o membro fantasma, que é presença familiar e incontestável, é parte da realidade da pessoa submetida à amputação.

Isto nos leva a questionar a terminologia utilizada para designar o fenômeno de substituição do membro ausente, ou seja, membro fantasma. Podemos considerar essa expressão adequada ou não, se observarmos a ótica da pessoa que a expressa.

Este conceito mostra-se adequado quando o visualizamos pela ótica da equipe de saúde, onde o membro amputado não mais existe e é considerado apenas como ilusão, imaginação. Para a pessoa amputada, em sua singularidade, o seu membro que foi amputado não é ilusório, imaginário ou fantasmagórico, pois é parte de seu corpo, um pedaço de si mesmo e, assim, continua a fazer parte de sua existência. Ouvir que uma parte de si é fantasma, não a vendo desta forma, provavelmente é o que causa estranheza ao paciente, quando se depara, após a cirurgia, com o fenômeno de substituição.

O profissional de saúde deve buscar a compreensão deste fenômeno como algo que se mostra real à pessoa amputada. Ao admitir essa possibilidade, abre-se um caminho para uma

relação dialógica, para a intersubjetividade, para um novo modo de pensar o cuidado e o cuidar.

O membro fantasma é a manutenção do corpo próprio intacto, perfeito, mesmo após a cirurgia mutilante. Por meio dele conservamos nosso campo prático de ações e realizamos nosso contato com o mundo, integralmente, sendo este essencial ao existir. Assume importância inquestionável para a pessoa amputada, uma vez que permite uma inserção mundana plena. Ele não é algo pensado, elaborado, mas simplesmente aquilo que está ali espontaneamente, a despeito de reflexões ou idéias pré-concebidas, fazendo parte da vivência, fazendo parte do ser-aí-no-mundo, possibilitando gestos e ações percebidas no mundo. O membro fantasma mantém abertas as portas para a percepção.

Para Merleau-Ponty (1994), na nossa ação cotidiana, atos inconscientes predominam sobre os conscientes, e toda atividade, reflexiva ou não, tem como fundamento a percepção do mundo. A todo o momento realizamos movimentos, gestos, ancorados numa crença perceptiva do mundo e das coisas que nos cercam, sem que a consciência tenha que refletir sobre eles, a todo momento, pois refletir exige que eu me volte à coisa, num esforço interpretativo.

Os atos, os gestos, as palavras não seriam possíveis se a cada momento tivéssemos que pensá-los antecipadamente. Eles ocorrem de maneira espontânea, sem seguir qualquer ordem reflexiva. Nossa presença no mundo se dá de maneira espontânea, nossos sentidos estão abertos às diversas manifestações corporais sem que necessitemos refletir, a cada momento, sobre os procedimentos para realizá-los. É um engajamento não reflexivo, porém não impede que a reflexão venha a integrar a vivência posteriormente.

Neste estudo podemos dizer que a reflexão tornou-se evidente quando o paciente expôs, em seus discursos, a sua vivência, os seus sentimentos, os seus desejos e sonhos. A

partir do momento em que se voltavam para a questão norteadora, exercitavam a reflexão e, pelo diálogo, deixavam transparecer suas emoções.

Compreender o paciente amputado em suas emoções e sentimentos é muito bom, principalmente, se pensarmos que pressupostos foram deixados à margem e que a verdadeira experiência mostrou-se a mim. Acredito que a imagem pré-reflexiva ficou abafada pela grandiosidade da vivência em si, pois esta é muito mais rica e densa do que se mostrava a princípio.

Os pacientes mostraram que viver uma amputação é triste, difícil, doloroso, situação nunca antes imaginada, porém, apesar de todas as dificuldades e sofrimento, não se deixam abater. Mostram-se perseverantes, esperançosos, lutam contra o mal instalado. A expectativa de uma nova vida assume um caráter de futuro surpreendente, onde estar vivo já é motivo de felicidade e desejo para continuar vivendo. A cirurgia é incorporada ao existir e, como parte dele é aceita, mas não desejada.

Embora seja marcada por sofrimento, afinal perder parte do corpo implica em perda existencial, os pacientes conseguem visualizar um futuro, a princípio confuso, mas que está aberto em suas possibilidades. Em muitos momentos, lançam mão de algo que auxilie nesse novo ver o mundo, passando a incorporá-lo na existência. Nesse sentido observamos a presença do membro fantasma, da prótese, da família (que é ponto de apoio, apesar das dúvidas e da insegurança que rodeiam a pessoa amputada), do amigo bem sucedido, em situação semelhante, entre outros.

A amputação assume, em grande parte, uma conotação ambígua, na qual a cirurgia que é boa, é ruim; o hospital que tira a dor física, promove a dor existencial; a prótese que auxilia no conviver com a amputação é rejeitada por não ser parte do corpo; o membro fantasma que permite manutenção integral da relação do homem com o mundo, é motivo de crença e dúvida, a dor pela iminência da perda é mascarada pela falsa felicidade em realizar a cirurgia;

o médico que é considerado mestre, detentor da verdade e do saber, é também o responsável por tornar concreta a perda, pela mutilação; enfim, a amputação que marca o início de uma nova forma de viver, livre da dor ou da patologia maligna, marca o início de uma fase sujeita à dependência.

Compreender este momento é essencial para que o profissional desempenhe suas atividades da melhor forma possível, de modo mais efetivo e completo. Olhar a pessoa amputada, a partir da sua perspectiva, permite um cuidar direcionado à singularidade da pessoa. Percebe-se que a sensibilidade profissional vem sendo decapitada pelo fazer cotidiano e isto corrói a relação profissional-paciente, que cada vez mais torna-se superficial e distante.

Observamos que a prática assistencial, baseada na visão biologicista e funcionalista, só dá conta da organização institucional e da manutenção das tarefas e, isto, se mostra insuficiente ao atendimento do paciente. É preciso buscar além daquilo que já nos é dado por si próprio na relação estabelecida entre profissional e paciente. O que deve ser almejado e alcançado é uma prática que consiga incorporar a si um movimento recíproco, onde o profissional de saúde se doa e se lança em direção ao paciente e este, por sua vez, age de modo semelhante, doando se ao outro na sua experiência.

A enfermagem necessita despertar para o que vai além do biológico e que, muitas vezes, está sob nossos olhos e não conseguimos ver. O objetivo da profissão é o cuidar, porém, este deve ser feito de modo que ganhe amplitude na vivência. A equipe de enfermagem, abrindo-se ao mundo particular da vivência, abre-se ao ser humano que está ali e clama por auxílio neste momento de sua vida, proporcionando um fazer completo e humanitário.

Desta forma, entendo que estudos como esse, que buscam compreender e apreender o ser humano em suas vivências, podem ajudar a construir uma nova forma de relacionamento entre profissional de saúde e paciente, já que permite uma troca de experiências e o

compartilhar de visões e apreensões de mundos diferentes, com objetivos e propostas diferentes, singulares.

Resgatar o humano e o singular, tão preconizados atualmente para a assistência, parece ainda ser tarefa complexa, uma vez que a estrutura na qual o profissional está inserido age, normalmente, de forma conservadora, priorizando ações que, em muitos momentos, parecem ser contrárias à idealização de um fazer cotidiano modificado e reestruturado.

Cabe a nós plantarmos sementes frutíferas para mudar as práticas vigentes, em um empenho grandioso, que deve ser constantemente reafirmado. Acredito que novos estudos como este devam ser realizados e venham a contribuir para isto, levando perspectivas diferentes, abrindo horizontes de possibilidades, que emergem a partir do vivenciar de uma situação. Como este estudo não teve, em nenhum momento, a pretensão de esgotar o assunto, abre-se aqui uma porta para a reflexão e para a busca de um futuro alternativo, consoante com as situações experienciadas por cada ser.

7. *Referências Bibliográficas*

ALBRECHT, G.L.; DEVLIEGER, P.J. The disability paradox: high quality of life against all odds. **Social Science & Medicine**, 48, p. 977-88, 1999.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Tradução Priscila Vianna de Siqueira, Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1977, 180p.

ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1982. v.2, 670p.

BELLATO, R. **O mito do instituído e a banalidade do vivido no cotidiano do hospital**. 1996, 144f. Dissertação (Mestrado), EERP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

BIFFI, E.F. de A. **O fenômeno menopausa: uma perspectiva de compreensão**. 1991, 120f. Dissertação (Mestrado), EERP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de Investigação fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enferm.** v.2, n.1, p. 83-94, janeiro 1994.

BOEMER, M.R. **A morte e o morrer**. Ribeirão Preto, Holos, 3 ed., 1998, 118p.

BOEMER, M.R.; CORRÊA, A.K. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: Branco, R. F. G. y R. **A relação com o paciente – teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003, cap.38, p.263-9.

BOEMER, M.R.; ROCHA, S.M.M. A pesquisa de enfermagem: notas de ordem histórica e metodológica. **Revista Saúde e Sociedade**, v.5, n. 2, p.77-88, 1996.

CATÁLOGOS DO CEPEn- CD-ROM. 75 anos ABEn, vol.1-18, 1979-2000, ISSN 15198618, 2001.

CAPALBO, C. **A filosofia de Maurice Merleau-Ponty: historicidade e ontologia**. Londrina, Edições Humanidades, 2004, cap.2, p.71-86.

_____. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 3. Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1984, p.130-57.

_____. **Apresentação**. Seminário Nacional sobre a interdisciplinaridade no ensino da filosofia, 1994, p.10-4.

CARMO, P.S. **Merleau-Ponty – uma introdução**. São Paulo, EDUC, 2000, 161p.

CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro, Editora Agir, 1987, 93p.

CHAVES, D.A. Aparelhos ortopédicos. In: CHAVES, D. A. **Lições de clínica ortopédica**. 1º Tomo, Rio de Janeiro, Estado da Guanabara, 1961, p.140-8.(a)

_____. Métodos de tratamento empregados em Ortopedia – No domínio das amputações. In: CHAVES, D.A. **Lições de clínica ortopédica**. 1º Tomo, Rio de Janeiro, Estado da Guanabara, 1961, p. 410-27. (b)

CHINI, G.C. de O.; BOEMER, M.R. **As facetas da amputação: uma primeira aproximação**. Rev. Bras. Enf, v.55, n.2, março/abril, 2002, p. 217-22.

COELHO JÚNIOR., 1985, 205p N.; CARMO, P.S. **Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência**. São Paulo, Concisa, 1991, 113p.

Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm#cep>

CORRÊA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino - am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, janeiro 1997.

CUPANI, O. C. Positivismo, neopositivismo e funcionalismo. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3**. Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1984, p. 89-103.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Tradução Maria José J.G. de Almeida. 8 ed., São Paulo, Centauro, 2002, 165p.

DIOGO, M.J.D'E.; CAMPEDELLI, M.C. O idoso submetido à amputação de membros inferiores e as alterações nas atividades da vida diária. **Rev. Paul. Enferm.**, v.11, n.2, p.92-99, maio/agosto, 1992.

DIOGO, M.J.D'E . A dinâmica dependência- autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev. Latino - am. enferm**. Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.59-64, janeiro, 1997.

_____. A dinâmica dependência- autonomia: possibilidades em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev. Paul. Enf.**, v.14, n.2/3, p.98-103, maio/dezembro, 1995.

_____. **A problemática do idoso submetido à amputação de membros inferiores**. 1990, 137f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 1990.

_____. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. **Rev. Latino- am. enferm** . Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.59-65, janeiro/fevereiro, 2003

_____. Sentimentos relacionados com a auto-imagem de idosos à amputação de membros inferiores. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.27, n.2, p.296-308, agosto, 1993.

GILS, C C.V. et al. Amputation prevention by vascular surgery and podiatry collaboration in High-Risk Diabetic and Nondiabetic Patients. **Diabetes Care**, v. 22, n. 5, may ,1999.

KASTENBAUM, ; AISENBERG, R. **Psicologia da morte**. Tradução Adelaide Petters Lessa, edição Concisa, São Paulo, Pioneira – Editora da Universidade de São Paulo, 1983, 445p.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992, 243p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e morrer**. Tradução Paulo Menezes; 29º Edição Brasileira, Livraria Martins Fontes, 1985, 299p.

LUCCIA, N., GOFFI, F.S.; GUIMARÃES, J.S. Amputações de membros. In: GOFFI, F.S. e cols. **Técnica Cirúrgica: Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas cirúrgicas**. 4 ed. São Paulo, Atheneu, 2001, p.180-99.

LUCCIA, N. de. Reabilitação pós- amputação. In: MAFFEI, F.H.A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 3 ed., Medsi, 2002, v.2, cap. 55, p.746-55.

MARTINS, J.; BOEMER, M.R.; FERRAZ, C.A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev. Esc. Enferm.- USP**, v. 24, n. 1, p. 139-47, abril, 1990.

MARTINS, J.; BICUDO, M.AV. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e recursos básicos**. São Paulo, Moraes, 1989, 110p.

MERIGHI, M.A. B. Fenomenologia. In: MERIGHI, M.A.B.; PRAÇA, N. de S. **Abordagens teórico- metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003, p.31-9.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo, Martins Fontes, 1994, 662 p.

MINAYO, M.C. de S; HARTZ, Z.M. de A.; BUSS, P.M.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva**, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

PEDROSA, C. H. et al. Terapêutica em diabetes. **Boletim Médico do Centro B-D de Educação em Diabetes**, ano 4, n.19, p. 1-10, maio/julho 1998.

RAMACCIOTTI, O.; LUCCIA, N. de; FREITAS, M. A. da S. Amputações de membros inferiores. In: MAFFEI, F. H. A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 3 ed., Medsi, 2002, v.2, cap. 74, p.943-65.

RIBEIRÃO PRETO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Núcleo Gestor Assistencial NGA-59. **Relatório das atividades da Equipe Multiprofissional de Reabilitação do SUS/NGA-59, ano de 2004**. Ribeirão Preto, 2004.

RODRIGUES, C.D.S. **A contribuição do diabetes mellitus nas amputações de membros inferiores**. 2002, 93f. Dissertação (Mestrado), EERP, Universidade de São Paulo, Rib. Preto, 2002.

SANTANA, M. G. Áreas de silêncio e corpo diabético. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.1, p.95-8, janeiro/março, 2000.

SANTOS, C. A. F. Os profissionais de saúde enfrentam– negam morte. In: MARTINS, J. S. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo, Hucitec, 1983, p.15-20.

SANTOS, R. R. et al. Traumatismos músculo- esquelético. In: SANTOS, R. R. et al. **Manual do Socorro de emergência**. São Paulo, Atheneu, 1999, p. 165-79.

SHULL, P. D. O cuidado ortopédico. In: SHULL, P.D. **Enfermagem básica: teoria e prática**. Tradução BARBIERI, R. L., São Paulo, Editora Rideel, 1996.

SILVA, L.M.G. da et al. Comunicação não-verbal: reflexões a cerca da linguagem corporal. **Rev. Latino am. enferm.** Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.52-8, agosto, 2000.

SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Rev. Latino- am. enferm** . Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.13-17, julho, 1997.

SMELTZER,S.C.; BARE,B.G. Avaliação a assistência aos pacientes com distúrbios vasculares e problemas na circulação periférica. In: SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico- cirúrgica**. 7.ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992, v. 2, p. 633-66.(a)

_____. Tratamento dos pacientes com traumatismos músculo- esqueléticos. In: SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico- cirúrgica**. 7.ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992, v. 4, p.1557-84.(b)

SNIDER, R.K.M.D. Pé diabético. In: SNIDER, R.K.M.D. **Tratamento das doenças do sistema músculo-esquelético**. Tradução Dr. Fernando Gomes do Nascimento, 1 ed., Editora Manole, 2000.

SOUZA, L. et al. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.3, p.364-71, 2003.

TOOMS, R.E. Amputações. In CRENSHAW, A.H.. **Cirurgia ortopédica de Campbell**. 8 ed., Editora Manole Ltda, 2003, v. 2, p. 719- 57.

TALHARI, S.; NEVES, R.G. **Dermatologia tropical: hanseníase**. 3 ed., Gráfica Tropical, 1997. cap. 11.

TENNVALL, G.R.; APELQVIST,J. Health-related quality of life in patients whith diabetes mellitus and foot ulcers. **Journal of Diabetes end its Complications**, 14, p.235-41, 2000.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – HCFMRP-USP. CENTRO DE

REABILITAÇÃO E MEDICINA ESPORTIVA (CERME). **Projeto de implantação de um Centro de Referência em Medicina Física e Reabilitação para estabelecimento assistencial multidisciplinar dentro da rede de reabilitação motora aos pacientes de Ribeirão Preto e região.** Ribeirão Preto, 2003.

VERÍSSIMO, D. S. **A pessoa com tumor cerebral e seus familiares em grupo de sala de espera: investigação da experiência vivida.** 2005, 135f. Dissertação (Mestrado), FFCLRP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ZIEGLER, J.. **Os vivos e a morte.** Rio de Janeiro, Zahar editores, 1977, 320p.

8. Anexos

8.1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP

8.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Gislaine Cristina de Oliveira Chini, sou enfermeira, aluna da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Estou fazendo um trabalho para que se consiga compreender o que é para uma pessoa passar por uma cirurgia como a sua e com isso ajudar a melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem para essas pessoas.

Se o senhor(a) quiser participar, contará para mim como é ter que fazer essa cirurgia. Eu virei na véspera da cirurgia e depois no primeiro dia após a cirurgia até a alta hospitalar para a gente conversar; mas, se em algum dia desses, o senhor(a) não quiser conversar não há problema. Se o senhor(a) não se incomodar, eu gostaria de gravar, mas se isso não lhe deixar tranqüilo, não precisamos fazer.

Garanto que as nossas conversas e tudo que for falado aqui será usado somente para o trabalho e seu nome não aparecerá em nenhum momento.

Essas conversas podem fazer surgir muitas emoções, principalmente por ser um momento difícil na vida das pessoas. Por outro lado, falar sobre este momento pode, muitas vezes, ajudar a enfrentar essa situação.

Se quiser participar não terá nenhuma despesa e caso em algum momento, quiser retirar a autorização isto poderá ser feito, sem que afete o tratamento no hospital. Sempre que existirem dúvidas sobre o trabalho elas podem ser esclarecidas no momento da entrevista ou pelo telefone que encontra-se nesta folha.

Nome:

RG:

Gislaine C. O. Chini

Fone: (16) 3945-6916

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.