

CHOREI POR TER DESPEDAÇADO: EXPERIÊNCIA DE (VIVER) A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

*Emily Rocha Squeff*¹
*Maria Clara Salengue*²
*Myriam Siqueira da Cunha*³
*Vivian Lautenschlager da Silva Martinez*⁴

RESUMO

Este estudo buscou compreender a experiência da amputação de membro, vivida por pessoa portadora de diabetes mellitus. Essa experiência altera toda a existência, uma vez que o corpo tem importância vital como meio de inserção e relação com o mundo. A opção metodológica foi pela pesquisa fenomenológica hermenêutica, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi feita por meio de Entrevista em Profundidade. Para análise dos dados, foi realizado isolamento temático, utilizando-se a abordagem holística, seletiva e detalhada, de forma que se obtivesse maior aproximação com a essência da experiência vivida. A partir das unidades de significado “as flores de plástico não morrem: comigo não acontece; as flores têm cheiro de morte: de repente tu és o derrotado e; o resto do meu corpo inteiro: chegava só até o portão emergiu o tema fenomenológico chorei por ter despedaçado”, como a estrutura do fenômeno vivido.

PALAVRAS-CHAVE: *amputação de membro; diabetes mellitus; fenomenologia; hermenêutica.*

¹Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Dom Bosco de Porto Alegre. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5179-7991>. E-mail: emillyrsqueff@hotmail.com

²Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e professora adjunta no Curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelota. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8533-7400>. E-mail: mariaclara.salengue@gmail.com

³Formada em Direito e Filosofia, Doutorado em Engenharia da Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina, professora de Filosofia no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-Rio-Grandense. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1910-5358>. E-mail: mscpel@gmail.com

⁴Especialista em Turismo: Ambiente e Cultura pela Universidade Católica de Pelotas. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4443-4148>. E-mail: vivian.ucpel@gmail.com

I CRIED FOR HAVING TORN APART: EXPERIENCE OF (LIVING) THE AMPUTATION OF A MEMBER

ABSTRACT

This study sought to comprehend the experience of a member amputation, lived by a person with diabetes mellitus. This experience changes the whole existence, once the body has a vital importance as a mean of insertion and relation to the world. The methodological option was for the qualitative approach of the hermeneutic-phenomenological research. Data collection was performed by means of Depth Interview. In order to analyze data, a thematic isolation using holistic, selective, and detailed approach was utilized, with a view to obtain major approximation to the essence of the lived experience. From the unities of meaning: “plastic flowers don’t die: it won’t happen to me”; “flowers smells like death: suddenly you are defeated” and; “the rest of my entire body: only reached the gate” emerged the phenomenological theme “I cried for having torn apart”, which is the structure of the lived phenomenon.

KEYWORDS: member amputation; diabetes mellitus; phenomenology, hermeneutics.

Oh, pedaço de mim. Oh, metade afastada de mim. Leva o teu olhar. Que a saudade é o pior tormento. É pior do que o esquecimento. É pior do que se entrevar. Oh, pedaço de mim. Oh, metade exilada de mim. Leva os teus sinais. Que a saudade dói como um barco. Que aos poucos descreve um arco. E evita atracar no cais. [...] Oh, pedaço de mim. Oh, metade amputada de mim. Leva o que há de ti. Que a saudade dói latejada. É assim como uma fisgada. No membro que já perdi [...] (FALCÃO; PIMENTEL, 1999).

INTRODUÇÃO

A vida de um portador de diabetes passa a ter novo significado quando lhe é indicada a amputação de membro. Essa condição acarreta perdas, não só de parte do corpo, mas da qualidade de vida, da independência, entre outras (LOUREIRO et al, 2002).

Viver com diabetes e amputação de membro implica alterar a própria existência. Requer aprendizados, modificações na rotina, na alimentação e ajustes em atividades cotidianas. Acrescenta-se a isso o fato de que a amputação causa, também, sérias mudanças no campo estético, na autoestima, na capacidade de realizar atividades da vida diária, no trabalho e também no lazer (BATISTA; LUZ, 2012). Chini e Boemer (2007) referem que há uma infinidade de sentimentos envolvidos no processo de alteração do corpo e, portanto, de todo o existir, já que o corpo é vital como meio de inserção e relação com o mundo.

O processo de construção do sujeito passa pelo seu corpo, uma vez que nossa existência é corporal (LE BRETON, 2006). A subjetividade de cada um se constrói com o corpo por meio de seus prazeres, sofrimentos, qualidades, defeitos, do que ele já foi, do que já está deixando de ser, de como gostaríamos que um dia fosse, das formas pelas quais o exercitamos, das técnicas de controle que exercemos sobre ele, dos nossos anseios, da sua finitude e, paradoxalmente, do receio que sentimos diante da possibilidade de um dia se tornar um estranho para nós próprios (PAIVA; GOELLNER, 2008).

A perda de um membro, segundo Loureiro (2002 apud STEARNS, 1991), é um mundo potencial em aniquilamento, pois, frente à realidade, o indivíduo é convocado a proceder um ritual de mudança, configurando novas definições de existir, novas formas de seu próprio “eu”.

Mesmo a cirurgia sendo vista como “reconstrutora”, do ponto de vista biomédico, pois esta trata a causa que compromete a vida do sujeito, mas, empiricamente, ainda é vista pelos indivíduos amputados como mutiladora.

Assim, a cirurgia de amputação se faz necessária, entretanto, a perda do membro é negada. Dessa forma, podem aparecer os relatos de membro fantasma, em que a sensação de dor aparece como o modo de restaurar a parte que falta, ou seja, o sujeito tem dificuldades de aceitar a sua nova imagem corporal, resistindo em manter o corpo íntegro. Nesse sentido, a sensação de dor, na parte perdida do membro amputado, apresenta-se de diferentes formas: como um ardor, um aperto ou uma dor que pode variar de intensidade e frequência. Usualmente, essa condição impede o processo de reabilitação, pois além de não se ter uma visão real da deficiência e do seu novo corpo, na medida em que o indivíduo a nega, acaba prejudicando o estabelecimento de novas condutas adaptativas, causando danos à sua reabilitação global (ZEREU et al, 1995, apud BENEDETTO et al, 2002).

Ademais, diante do estudo, constata-se que o corpo vem sofrendo um esquecimento no decorrer do tempo e da história. Durante as guerras, sujeitos amputados eram vistos como insuficientes para guerrilhar. Essa guerra, hoje, parece não se tratar somente no sentido histórico, mas sim de uma necessária luta por um espaço que merece ser colocado em destaque, um espaço que seja permitido pensar o corpo amputado e como tais corpos se dispõem no mundo (MELO, 2015).

Na busca de compreender a experiência de amputação de membro vivida por pessoa portadora de diabetes mellitus (DM), foi possível perceber que o enfrentamento da amputação vivenciada pelo participante revelou, tanto no dizer quanto nos silêncios, como era habitar um corpo amputado. Sinalizando que abraçá-lo e o fazer de morada não é um exercício ou atitude que acontece obrigatoriamente.

DIABETE MELLITUS E AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

O DM é uma doença crônica, caracterizada por elevação da taxa de glicose no sangue (hiperglicemia), o fenômeno acontece devido à produção insuficiente de insulina pelo pâncreas ou quando há pouca sensibilidade do organismo à ação da insulina (LOUREIRO et al, 2002). Configura-se como uma questão de saúde pública, visto o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis nos dias atuais, além de

estar associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos (BRASIL, 2002).

Em contrapartida, muitas vezes o DM é assintomático, ou seja, seus sintomas não são percebidos, o que acaba dificultando o diagnóstico e a adesão ao tratamento. Segundo Brasil (2006), estima-se que cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, e muitos dos diagnosticados não controlam a glicemia.

O tratamento do DM é extremamente exigente, complexo e implica grande responsabilidade por parte do indivíduo, durante toda a sua vida, a partir do momento do diagnóstico (SILVA, 2010). É importante que o sujeito com DM se envolva com o seu tratamento, comprometendo-se e assumindo seu papel como um agente ativo na gestão da doença e resultando em profundas alterações no estilo de vida. Ademais, requer cuidados que perduram por toda a vida e envolvem mudanças comportamentais, como: nutrição adequada, medicações diárias, exercícios físicos, automonitoramento da glicemia, cuidados com o próprio corpo e uma educação permanente (GIL; HADAD; GUARIENTE, 2008).

O DM ainda não possui um tratamento satisfatório e, apesar do reconhecimento da importância da manutenção de um bom controle metabólico e dos esforços dos portadores e dos profissionais de saúde, não é possível evitar totalmente as suas comorbidades. Por ser uma doença de evolução insidiosa, geralmente o diagnóstico é tardio e observado quando condições crônicas já se encontram instaladas (LOUREIRO et al, 2002).

Entretanto, o convívio e o manejo do diabetes mellitus podem desencadear reações emocionais comuns e frequentes, como sentimentos de ansiedade, angústia, raiva, revolta, medo, tristeza, culpa e depressão, que podem interferir, direta ou indiretamente, no desempenho do autocuidado (SANTOS FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008). De fato, segundo Brasil (2013), os indivíduos são acometidos de depressão com prevalência pelo menos três vezes maior que a apurada na população adulta não diabética.

Dentre as complicações crônicas causadas pelo DM, destacam-se, as úlceras de pés e a amputação de extremidades, sendo as mais graves e de maior impacto socioeconômico. Estudos estimam que essa complicação seja responsável por 40 a 70% das amputações de membros inferiores e, aproximadamente, 20% das internações de indivíduos com diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores (BRASIL, 2013).

Diante disso, o pé diabético ocorre quando uma área machucada ou infeccionada nos pés desenvolve uma úlcera/ferida. Seu aparecimento se dá em decorrência de má circulação sanguínea e níveis de glicemia mal controlados. Embora seja uma complicação grave e relativamente frequente nos diabéticos, pode ser prevenida se houver intervenção adequada de

profissionais de saúde e se os portadores aderirem às medidas preventivas. A prevenção se dá por meio do exame frequente dos pés, que pode ser realizado por profissionais de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Das várias complicações que afetam o portador de DM, nenhuma é mais debilitante do que a amputação. Isso se deve ao fato de que, além de ser crônica, é ainda vista como uma situação mutiladora e que envolve mudanças importantes e modificadoras do seu cotidiano. Entretanto, a amputação é uma cirurgia reconstrutiva que tem como prioridade tratar a causa que compromete a vida do indivíduo, visando restaurar o membro doente.

Os sintomas depressivos são frequentemente mencionados em pessoas que sofreram amputação, porém, a tristeza, em certa medida, é considerada uma resposta esperada após a perda de um membro, decorrendo apenas de uma resposta de adaptação ao processo de amputação. Segundo Bennett (2016), não há um padrão de tratamento para com o paciente amputado, além de muitas vezes serem limitadas as informações acerca do processo. Ressalta ainda que os componentes emocionais são poucas vezes considerados.

Após o período de hospitalização, por exemplo, os sintomas depressivos podem estar relacionados ao baixo nível de mobilidade, à restrição de atividades, ao sentimento de vulnerabilidade e às baixas condições de saúde (GABARRA; CREPALDI, 2009).

Indivíduos que passam por uma amputação de membro têm o desafio de se ajustar psicologicamente de algum modo à perda desse membro, ajustar-se à deficiência física, que pode ser potencialmente incapacitante e afetar as condições de saúde e bem-estar de pessoas (EPHRAIM et al 2003, apud RESEND et al, 2007 p.2).

Perder uma parte do corpo é ter alterada toda uma existência, é ter que se adaptar, readaptar, aprender a viver novamente, dar uma resposta nova a um acontecimento novo, assumindo outra perspectiva para si e para com o mundo (CHINI; BOEMER, 2007). Além dessas alterações, a amputação também implica, muitas vezes, em estigmas sociais. Em uma sociedade capitalista, em que o corpo precisa ser perfeito e é visto como uma máquina para o trabalho e geração de lucro, a concepção contribui para que o indivíduo amputado perceba-se como um ser inútil, por não possuir mais um corpo idealizado pelo mundo globalizado (SILVA; PADILHA et al, 2010). De acordo com Chini e Boemer (2007, p.4)

Vivenciar uma amputação implica em experiência marcada por alterações biopsicossociais, 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. É uma vivência constituída por sentimentos que se confundem, sendo permeada pela razão, que visualiza a cirurgia como necessária, e a emoção que não aceita a perda.

Dessa forma, o cuidado deve ser integral à pessoa diabética e amputada, considerando os aspectos psicossociais e culturais e um olhar interdisciplinar, que ajude a pessoa a redimensionar o seu existir.

METODOLOGIA

A opção metodológica feita neste estudo foi pela pesquisa fenomenológica hermenêutica, de abordagem qualitativa, conforme apresentada por Van Manen (2018), com a principal preocupação de investigar, descrever e interpretar experiências vividas.

A pesquisa fenomenológica é um tipo de pesquisa qualitativa que examina as experiências vividas, buscando entender sua essência (BYRNE, 2001). Para Van Manen (2018), a pesquisa fenomenológica é o estudo da experiência vivida, no esforço de entender profundamente a natureza ou o significado das experiências diárias, oferecendo, assim, a possibilidade de se estar em contato direto com o mundo. É fenomenológica porque é estudo descritivo da experiência vivida, na tentativa de enriquecê-la pela descoberta do seu significado, e hermenêutica porque é o estudo interpretativo das expressões e objetivações da experiência vivida no esforço de determinar o significado nela expresso.

A pesquisa qualitativa examina as experiências vividas, em um esforço de entender e dar significado a elas (BYRNE, 2001). Isso foi feito por meio da coleta e análise sistemática de materiais obtidos por meio de narrativas, usando métodos que asseguraram a credibilidade dos resultados. Houve um fluxo constante e indissociável entre as fases de coleta e análise dos dados (TRIVIÑOS, 2015). Todo material coletado foi transcrito após cada encontro. O desafio foi dar sentido aos dados, reduzir o volume de informações e construir uma estrutura para alcançar a essência das experiências vividas (PATTON, 2002), ou seja, fazer o que Miles e Huberman (2014) descrevem como “redução de dados”.

A construção da essência do que os dados revelaram (PATTON, 2002) e a redução dos dados (MILES; HUBERMAN, 2014) foram alcançadas no texto fenomenológico. A estrutura de significados foi obtida pelo entendimento do fenômeno descrito em termos de unidades, significados e temas (VAN MANEN, 2018).

Para realizar esse isolamento temático do fenômeno no texto, foi utilizada, fundamentalmente, a abordagem seletiva proposta por Van Manen (2018), empregando, também, as abordagens holísticas e detalhadas, por serem complementares, de forma que se obtivesse maior aproximação da essência da experiência do entrevistado. A abordagem holística envolveu a apreensão dos significados fundamentais, que emergiram no texto como um todo. A abordagem seletiva foi usada para orientar a interpretação do texto. Isso compreendeu a releitura do material para identificar declarações marcantes e frases que revelassem a experiência vivida do sujeito. A abordagem detalhada permitiu entender o que uma sentença ou palavra revela sobre o fenômeno em estudo.

Nesse momento, alguns temas foram descartados, reagrupados, fazendo nascer, no andamento do próprio processo analítico, a estrutura do estudo (VAN MANEN, 2018).

A confiabilidade foi alcançada pela explicitação de cada passo dado na abordagem ao participante, do detalhamento da análise e interpretação das narrativas pela documentação de todo o material. A confiabilidade foi assegurada pela validação.

Foi seguida a indicação de Seidman (2019) para a coleta de dados, utilizando a entrevista em profundidade. Assim, buscou-se compreender a experiência do sujeito e o significado por ele atribuído à experiência vivida. A entrevista foi realizada em três séries de, aproximadamente, duas horas cada.

A primeira entrevista estabeleceu o contexto da experiência do participante. O principal foco foi a trajetória de vida e a principal tarefa foi colocar a experiência vivida no seu contexto, solicitando, tanto quanto possível, que falasse a respeito de si.

A segunda entrevista levou o participante a reconduzir detalhes de sua experiência dentro do contexto em que ocorreram. Foi solicitado que o entrevistado se concentrasse nos detalhes concretos da experiência vivida da amputação.

A terceira visou estimular o participante a refletir sobre o significado da sua experiência. A entrevista foi direcionada para que fossem feitas conexões emocionais e intelectuais entre a experiência vivida e os significados a ela conferidos.

Cada entrevista forneceu elementos que colaboraram com o encaminhamento do encontro seguinte. Foi indispensável seguir a estrutura proposta e o senso do foco de cada entrevista, pois cada uma delas teve uma finalidade dentro da série (SEIDMAN, 2019).

As entrevistas foram registradas por meio de gravações e de anotações, durante e após a realização delas, buscando captar tudo o que foi dito para analisar e interpretar os comportamentos não verbais, bem como monitorar o processo de coleta dos dados (MERRIAM, 1998). A descrição da experiência vivida do sujeito foi realizada após as

transcrições das entrevistas, focalizando os dados da trajetória, da experiência e dos significados. Esses níveis representam os diferentes momentos da entrevista, mas, sobretudo, a essência do fenômeno estudado, qual seja, o diagnóstico do diabetes mellitus e a amputação de membro.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos sob o número 2.730.569 em 22/06/2018. Antes da primeira entrevista, o participante foi consultado sobre a gravação dos encontros e lhe foi garantido sigilo da identidade, assim como foi definido o local e o número de entrevistas programadas. Foi esclarecido o que constava expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando que, a qualquer momento, durante a coleta de dados, por qualquer motivo, poderia se retirar do estudo.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ser portador de diabetes mellitus e ter realizado a cirurgia de amputação de membro há pelo menos um ano, ter idade superior a 18 anos, capacidade cognitiva preservada e possuir disponibilidade de participação. Esses foram os critérios de inclusão do estudo, entretanto, entre os 21 indivíduos contatados, apenas um foi incluído no estudo.

No início da pesquisa, a questão que circundava era: onde estão esses sujeitos? E refletindo sobre isso, posteriormente à busca que foi feita, deparou-se com outras duas questões: como esses sujeitos estão sendo amparados pelas equipes de saúde no pré e pós-operatório? E por que essas pessoas não são vistas e ouvidas?

Dessa forma, a partir da busca, já foi possível desvelar alguns significados. A indigência desses indivíduos se mostra não só no “calar” das equipes médicas, mas também da Psicologia, que não dão olhos e ouvidos às metamorfoses, resultando em corpos e sujeitos em situação de aprisionamentos e despedaçamentos. “O habitar, no sentido de habitação, nem sempre foi casulo. O corporar, no sentido da experiência do corpo, nem sempre se mostrou com asas coloridas. Mas todos foram borboletas e em suas metamorfoses, são brisas [...]” (MELO, 2015, p. 123).

Por questões éticas, a fim de preservar o sigilo sobre a identidade do participante, foi escolhido um nome fictício. Ele será chamado de Picasso, fazendo referência ao pintor espanhol, escultor, ceramista, cenógrafo, poeta e dramaturgo. Entre as suas principais obras, destaca-se a pintura *Guernica* (1937), a qual representa a Guerra Civil Espanhola. Assim,

interpreto a trajetória do sujeito desse estudo, como uma guerra, mesmo que sem luta, mas cheia de dores, “mortes”, sofrimentos, ressentimentos e com marcas deixadas no corpo (vida).

A TRAJETÓRIA DE PICASSO

Picasso, sexo masculino, 59 anos, casado, tem 4 filhos. Revela ter tido uma infância de dificuldades e privações, apresentando, desde "muito novo", responsabilidades, como ter de trabalhar para ajudar a família financeiramente. Resume esse período da vida à expectativa do domingo, o dia em que ele podia, finalmente, ser criança. “Porque a infância o que é? É tu curtir aquelas brincadeiras, isso e aquilo outro, e eu já, desde pequeno, já trabalhava, então eu já tinha responsabilidade, só aos domingos que eu recebia visita, que aí era o dia todo de brincadeira”.

Um tempo em que relata que não ocorriam mudanças, “[...] um tempo parado, de troca de charque por mercadorias, de capina, plantação [...]”, em que ele próprio tinha de fazer seus brinquedos, em que não havia energia e água, “[...] tempos difíceis. O sentimento é não ter aproveitado mais quando criança. Eu tinha que ajudar [...]”, fazendo referência aos seus pais.

Raramente, referia-se à sua família, composta por 6 irmãs, pai e mãe. Mas segundo Picasso, tratavam-no como “[...] o mimoso, todo mundo me cuidava, me protegia de tudo”. Complementando, “[...] o queridinho da família, que devia andar sempre na linha”.

Sobre sua adolescência, refere-se ainda, com pesar, à falta de tempo para se relacionar, por conta do foco no trabalho, em que via como o caminho para vencer na vida e obter tudo aquilo que ele não tinha. Via-se um cara exemplar, que procurava ser dedicado e o melhor no serviço. Carrega consigo ressentimentos por não ter conseguido seguir os estudos, explicando que “[...] ou tu alimentava tua família ou tu ia pra faculdade”. Começou a trabalhar aos 14 anos como estafeta em uma empresa no interior do Rio Grande do Sul, na qual permaneceu por muitos anos, realocando-se em diferentes cargos.

Explana um vazio sobre o período da infância e adolescência, “tu viu que eu praticamente não tive infância, agora não vou ter adolescência também”. Assim se refere a estas etapas de sua vida. Casou-se com a primeira namorada aos 23 anos e teve três filhos, separando-se 13 anos depois. Período da vida marcado por hábitos como “[...] churrasco, festa, cerveja, cigarro, era isso quase todos os dias”. Reflete um viver como se não houvesse amanhã, “[...] eu me sentia uma pessoa que poderia fazer tudo que eu queria”.

Além desses hábitos, Picasso queixa-se por não ter curtido a família, por não ter visto os filhos crescerem e por não tê-los acompanhado à escola. Sua vida era [...] trabalhar até tarde para fazer hora extra e ir pra casa, no outro dia bem cedinho de novo, de novo, trabalhando, trabalhando”. Aposentou-se com 49 anos, porém continuou trabalhando, permanecendo por mais 9 anos, pois “[...] eu não me imaginava em casa com essa idade, parado”. Atualmente é casado há 24 anos com sua segunda esposa, com quem teve uma filha.

Assim, ao longo de sua infância e adolescência, a percepção do significado de privação foi relevante, até que em sua vida adulta passou a então sentir a “liberdade” tão esperada, vivendo como se não houvesse o dia de amanhã.

A EXPERIÊNCIA DE PICASSO.

Picasso tinha 53 anos quando, investigando um mal estar, descobriu o diabetes mellitus e, 4 anos depois, aos 57 anos, realizou a cirurgia de amputação de membro inferior direito. Em vista de um mal estar, Picasso fez uma visita ao médico da família e passou a realizar exames, quando então descobriu diversas alterações, entre elas, o índice de triglicérides que estava excessivamente alto. Recebeu do médico um alerta de que sua vida estava em perigo: “tu estás quase morrendo, preciso te dar um remédio”. Após essa notícia, Picasso não aceitou as medicações, resolveu fazer caminhadas e controlar a alimentação para restabelecer sua saúde. Dessa maneira, quando retornou ao médico, estava parcialmente normalizado, entretanto, descobriu-se o diabetes.

Segundo Picasso, seu DM é herança de vó, vó, pai e mãe, porém nunca se preocupou com a doença. Em seu diagnóstico, foi bem orientado a respeito de tratamento e prognóstico, entendendo que “[...] à medida que tu vai envelhecendo, vai aparecendo os sintomas e é uma doença silenciosa que vai eliminando teus órgãos”.

Mesmo diante do diagnóstico, o qual lhe impôs uma rotina de medicações, Picasso não parava com seus antigos hábitos, [...] "não parava de beber, não parava disso e aquilo outro". Outrora, comenta ter recebido o aval médico sobre sua nova condição – ser diabético – com choque e decepção, porém não foi o bastante para mudar seus hábitos e rotinas. Comenta não ter percebido os sintomas do diabetes antes do diagnóstico e que, analisando depois, é capaz de perceber a sede em excesso e poliúria.

Após 4 anos, surgiu a indicação da amputação frente a uma bactéria que se instaurou no pé, “[...] estava apodrecendo, né? Então se eles deixassem a perna podia passar a bactéria pro resto do corpo, aí seria fatal”. Os primeiros sintomas começaram quando ele foi à casa dos filhos para ajudá-los com uma água parada que havia na frente de casa, e começou a sentir o mal estar, relacionando seus sintomas aos de uma gripe. Passou dois dias em casa, acreditando estar com uma gripe muito forte, até ser levado ao atendimento médico. Depois de algumas horas, enquanto aguardava atendimento, começou a ficar inconsciente e foi encaminhado direto para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu por três meses.

Possui poucas lembranças do período em que ficou no hospital, pois estava, à maior parte do tempo, sedado. Dessas poucas lembranças, relata a sensação de ter morrido e voltado à vida por diversas vezes. Apesar dos numerosos tratamentos realizados, a amputação foi a única opção para salvar a vida de Picasso. Nada foi informado a ele, tampouco pediram seu consentimento para o procedimento. Perante isso, sua única resposta foi o silêncio, guardou para si todos os seus pensamentos e sentimentos, “[...] engoli o sapo e comecei a me imaginar sem perna e tudo”.

Menciona o apoio de sua família durante a permanência na internação, citando que eles chegavam a brigar para cuidar dele, “[...] sempre sobrava gente”. Após esse período, já em casa, seu principal cuidador foi um de seus filhos, na época desempregado. Picasso pagava um salário para que esse filho o auxiliasse durante o dia a dia. Essa foi uma fase de readaptação em que precisou de muita ajuda para realizar suas atividades de vida diárias, “[...] tive que reaprender, nem sentar na cama eu conseguia. Eu não sabia que eu não tinha equilíbrio”.

Depois da amputação, começaram as intervenções para sua recuperação, com tratamento farmacológico para controle do humor e fisioterapia. Assim que chegou em casa, foi estimulado por sua família a fazer a prótese. Porém, quando saiu do hospital, havia emagrecido 40 quilos. Isso fez com que hoje, por ter retomado seu peso, ele não consiga usar a prótese. Precisou se reinventar com o seu novo corpo e suas novas condições, bem como readaptar sua alimentação para uma vida mais saudável. Entre internação e recuperação, passaram-se um ano e seis meses até que sua saúde estivesse estabilizada.

Logo depois voltou ao trabalho, permanecendo por alguns meses até ser demitido por redução de gastos na empresa. Sua rotina hoje está “[...] cansativa: acorda, come, vai até a ferragem, volta”. Picasso também tem evitado interação social, sendo que antes era do seu gosto ir a festas e fazer reuniões com amigos. Hoje sente-se mais retraído e costuma dar desculpas para não ir aos eventos em que é convidado.

Fala que a falta de ocupação e as restrições de locomoção o deixaram agressivo.

Comecei a ficar irritado, eu peço: ‘me dá um copo d’água’ e tu fica olhando o celular, eu levanto e vou fazer, porque eu não tenho paciência de esperar, hoje eu não tenho paciência e, às vezes, até me atrapalha, porque depois eu me arrependo. Pô, por que eu fui estúpido assim ? (Picasso).

Conta também que recebe auxílio para sua alimentação, pois com o andador não consegue pegar os utensílios necessários, “[...] então a empregada da minha sogra me serve comida, acho que é uma caridade que ela está fazendo”. Por mais que para as outras atividades do cotidiano Picasso não necessite de ajuda, descreve-se como um ser inútil.

Por fim, Picasso hoje compreende ser diabético como uma tristeza, “[...] quando tu vê, alguma coisa deixa de funcionar, é pior que um câncer isso. O diabetes ainda não tem o tratamento e, geralmente, quando se descobre, já tem alguma coisa afetada. Eu acho a pior doença que existe hoje e é isso aí”. Ter sofrido a amputação de membro para ele é “[...] uma coisa muito deprimente. O pessoal analisa mais tua aparência do que o que tu és na realidade e ser deficiente é horrível, é para tudo, tu não consegue mais fazer as coisas que fazia antes, com agilidade”.

CHOREI POR TER DESPEDAÇADO

Olhei até ficar cansado. De ver meus olhos no espelho. Chorei por ter despedaçado. As flores que estão no canteiro. Os pulsos os punhos cortados. O resto do meu corpo inteiro. Há flores cobrindo o telhado. E embaixo do meu travesseiro. Há flores por todos os lados. Há flores em tudo que eu vejo. A dor vai curar essas lágrimas. O soro tem gosto de lágrimas. As flores têm cheiro de morte. A dor vai fechar esses cortes. Flores. Flores. As flores de plástico não morrem [...] (TITÃS).

A partir das unidades de significado reveladas, foi possível extrair a estrutura da experiência vivida por ele. Nesse processo emergiram as unidades de significado: as flores de plástico não morrem: comigo não acontece; as flores têm cheiro de morte: de repente tu é o derrotado; o resto do meu corpo inteiro: chegava só até o portão. Essas são as unidades de significado que estruturam o tema fenomenológico: chorei por ter despedaçado. Esse tema representa a essência do fenômeno vivido em relação à experiência da amputação de membro.

AS FLORES DE PLÁSTICO NÃO MORREM: COMIGO NÃO ACONTECE

Em seu movimento existencial, como ser-no-mundo, Picasso mostra-se como ausência, fechando-se às inúmeras possibilidades de ser e viver. Ele apenas existe, em meio aos fatos que ele não escolheu e ao qual não teve a opção de intervir – o adoecimento. Lança-se ao mundo, entregue ao fato de ser assim e ter de ser assim. Segundo Heidegger (1988), somos aquilo que nos tornamos ao longo do tempo enquanto ser-no-mundo e ser-com-outros. Picasso, em sua narrativa, relata que “[...] sempre fui um cara ativo, vivia jogando futebol, isso e aquilo outro”.

De acordo com Heidegger (1988), o ser é um ser de presença no mundo. Ele não concebe o homem apenas em relação a si mesmo, mas em contínua interação com todos os seres circundantes, junto aos quais ele permanece. Ser humano é sempre um ser-com-o-outro, os outros são seres que "constituem-no". Sem o outro, o indivíduo não é. Portanto, a forma como a família de Picasso o via também o constituía, ou seja, refletia na sua (não) visão de si, como sugere Heidegger (1988). E a ele foi dado um papel: ser forte.

Parece que todo mundo achava que comigo não acontecia as coisas... parece que eu não podia ter, eu não vou ter [...] porque talvez eles me viam como muito forte. [...]
Eu era muito forte, sempre fui forte, depois de velho que caiu um pouco [...]
(Picasso).

Encontramo-nos sempre diante de um mundo que se apresenta a nós. Somos afetados por tudo o que nos vem ao encontro. O diagnóstico de uma doença crônica parece não fazer sentido e não pertencer à vida de Picasso. Sua trajetória expressou-se como ausência de direção e destino, parecia viver uma vida sem significado. E, a partir do aval médico sobre o DM, Picasso que morava em seu corpo, passou a não o habitar.

Ante a finitude da existência ou da possibilidade de não-ser, a angústia parece tomar conta, entretanto não há uma mudança de hábitos de vida, possivelmente pela não aceitação da doença. “Aí comecei a me preocupar com a doença, mas também não me cuidava, sabe? [...]. Não modificou nada, talvez até tenha aumentado as coisas proibidas, tinha que diminuir álcool, sal, açúcar, e eu não fiz controle nenhum (Picasso)”.

Heidegger (1988) diz que o homem só se realiza na presença e na sua abertura à identidade e à diferença, assumindo o seu ofício de ser. O diabetes gerou uma desorganização interna de ser, criando barreiras para compreender o que estava acontecendo consigo e velando as possibilidades para recriar o seu mundo. “Eu só queria beber que é pra esquecer (Picasso)”.

Em contrapartida, segundo Pereira (2006), o diabetes é uma doença que “não manda recado”, ou seja, não é vista e, por vezes, acaba se tornando visível apenas quando os indivíduos já estão acometidos de alguma complicação, como foi o caso de Picasso.

Como refere Lunardi et al (2000), para ocorrerem mudanças de hábitos, não basta a aquisição de conhecimentos, é um movimento que requer tempo, compreensão e aceitação do processo saúde-doença vivido. Porém, Picasso resistia às restrições impostas pelo diabetes e orientadas pelo médico, pois “[...] parece que eu não posso ter”.

Quando nos apropriarmos de nosso direcionamento existencial, assumimos a possibilidade de nos tornarmos protagonistas de nossa história, porém não foi assim com Picasso. Isso porque continuamente, afastava-se do real, daquele diagnóstico que lhe gerava dor e frustração. A escuridão era o local de habitação no seu modo de ser. O existir no modo da não presença era a maneira de se encontrar no envolvimento com o mundo.

De certa forma, a realização de cuidados proporciona o controle metabólico, porém, por outro lado, implica em uma série de fatores como disciplina e abdicção de prazeres que, para Picasso, parecia não ser sua escolha. Uma vez que se sentia bem fisicamente, ele seguia sua vida, como se nada fosse acontecer com ele. “Comigo não acontece! Ah, isso é bobagem, eu estou super bem, corria, fazia isso e aquilo outro, caminhava (Picasso)”. Para Malard (2001), quando tudo funciona dentro das expectativas, nada se nota, uma janela que não tem problemas é, para nós, apenas uma janela. Compreendo essa frase também como a passagem do adoecimento pela vida de Picasso, duas pernas que “funcionam bem” são só duas pernas, “[...] mas, e quando eu não tenho mais uma perna”?

AS FLORES TEM CHEIRO DE MORTE: DE REPENTE TU É O DERROTADO

Na possibilidade de deparar-se sem uma perna, Picasso ouve um anúncio de que haveria uma desestruturação no seu modo de existir, ele desloca-se de um lugar que antes era “seguro” para um lugar desconhecido, que agora coube-lhe (ou não) ocupar.

Quando o corpo sofre alteração, impõe ao indivíduo um (re)início, a fim de que ele se situe no tempo e espaço. Já não é mais apenas uma janela, tornou-se um corpo demarcado pelo impasse, concreta e fisicamente falando, da limitação. “É de impotência, impotência, tu é um balão e tu vai ser furado, tu vai murchar. Tu é o poderoso e, de repente, tu é o derrotado” (Picasso).

Ademais, quando foi iniciada a pesquisa e traçado um fio sobre o esquecimento dos sujeitos amputados, ainda não parecia tão claro, até se escutar a seguinte narrativa: “Aí chegou o doutor e disse: por que vocês não tiraram a perna dele? Já era para ter tirado, estão perdendo tempo. Aquilo foi um choque. Bah! Pô, perder a minha perna, fiquei com aquilo, mas não comentava com ninguém, engoli o sapo” (Picasso).

Diante dessa fala, Picasso expressa uma massificação de singularidades por parte da equipe de saúde, como que amputar fosse natural, “por que não tiraram essa perna ainda”? Situação que coloca o sujeito em posição passiva, silenciado, diante de um decreto que parece fazê-lo sucumbir. “O sentimento é que tu está acabando, só isso”.

Picasso parece então perceber o diabetes mellitus, quando ele passa do invisível para o visível. Porém, segundo ele, “[...] agora não adianta chorar o leite derramado”. Pois agora ele está marcado no corpo, em uma falta que não tem remédio. Sua narrativa é permeada por angústias, as quais parecem segregar não só o seu corpo, mas também a sua existência. De repente, vê-se impotente e tem uma amostra “[...] de como morrer um pouco. É muito difícil tu ser. É horrível perder um dedinho, imagina perder uma perna. [...] essa coisa toda que aconteceu aí, né? Perder a perna, que eu podia ter evitado, estar caminhando até hoje, uma coisa triste mesmo” (Picasso).

Nesse emaranhado de dor e sofrimento, Picasso não encontra uma forma de existir, se não se despedaçando diante tudo isso. Segundo Melo (2015), o ritmo do corpo vai acompanhar o ritmo do sentido. “Impotência de novo. De não ter alguma coisa mais interessante pra fazer” (Picasso).

Dessa forma, Picasso expressa o quanto o seu corpo fala por si, em sua história, em suas marcas. A falta de sua perna evidencia o seu desespero latente, em que se encontra aprisionado a um corpo sem vida, meramente fisiológico. E para além da morte real de uma parte do seu corpo, há também a morte simbólica de um estilo de vida, de uma forma de ser e de uma identidade. Viver é diferente de existir. “Às vezes, eu peço pra chover, pra ninguém ver que eu estou chorando” (Picasso) .

Picasso carrega em sua essência um silenciamento que demarca também a não elaboração de sua nova condição. Diante disso, ocorre o fenômeno conhecido como membro fantasma que, segundo Merleau-Ponty (1994), é a presença efetiva de uma representação, na qual o sujeito parece ignorar a mutilação. Picasso reconhece sua perda, mas a ignora, na intenção de manter seu corpo íntegro, o que não se trata de uma decisão, mas sim de sua única maneira de habitar o mundo. Dessa forma, ele continua a tecer sua vida.

Eu estou com uma dor, uma fincada no pé que não existe. É assim, tem dias que começa a doer a batata da perna que não existe, dói o pé. Eu acho que os músculos que iam até o pé ainda continuam, porque tá tudo uma bolota aqui. Acho que eles cortaram aqui e ficou, te dá a sensação. Às vezes, dói um pé lá e tu acha que é o pé que não existe (Picasso).

O impacto da amputação demarcou vários significados, no (não) existir de Picasso. Refletindo dor, limitação e silêncio de um corpo em despedaçamentos.

O RESTO DO MEU CORPO INTEIRO: CHEGAVA SÓ ATÉ O PORTÃO

Picasso compreende seu existir, hoje traçado pelo seu corpo, pela sua limitação em ver-se sem uma perna, em uma cadeira de rodas, apoiado por um par de muletas, andador, ou em uso de prótese. Como se junto com a perna, também tivessem lhe tirado o direito de existir, de ir a lugares de que gosta, de conviver socialmente, de trabalhar. “Eu andava de cadeira, chegava só até o portão, não me animava a andar na rua com ela” (Picasso).

Embora o uso da prótese seja visto com extrema importância para a pessoa submetida à cirurgia de amputação, já que sugere uma melhor qualidade de vida e funcionalidade, Picasso a visualiza como algo que traz dificuldades, sofrimento e que necessita de persistência para a adaptação. “Simplesmente, eu nunca tinha visto uma prótese, eu achava que era colocar ali e sair caminhando, mas não, teve treinamento, feridas, adaptação, rejeição” (Picasso).

Antes, possuir duas pernas era tido como algo normal, que se configurava dentro de padrões, de beleza, de saúde e de vitalidade. A utilização da prótese parece remeter à lembrança de que não existe mais aquela perna, que anatomicamente deixava-o completo em suas funções. Revela um passado que passa a ser presentificado a todo momento. Demonstra que agora precisa de um complemento. Que não completa. Uma falta, uma perda, um sentimento de vazio, de nada preencher, “[...] só dá pra chegar até o portão. Perda de saber que não vai ter nada, nada, nada que tu colocar aqui, que vá substituir a tua perna” (Picasso).

Diante do exposto, perpassa a ideia da renúncia em existir. Picasso desenha sua vida “enclausurado” em seu cotidiano e limitado a não vislumbrar novas possibilidades de ser, acarretando sentimento de abandono e esvaziamento. “Às vezes, me dá uma angústia assim, e também o pessoal tem os compromissos deles [...] eu fico sozinho dentro de casa, sai todo

mundo, um pra estudar, um pra trabalhar ou coisa parecida, e eu fico aqui, sozinho, esse é o sentimento” (Picasso).

Segundo Heidegger (1988), a compreensão do ser-para-a-morte quer, de maneira simples, libertar o indivíduo para a possibilidade de uma existência como ser-no-mundo, que vai levá-lo para a morte como um ser-de-projeto que é. A morte é vista como completude da existência humana. Todavia, quando Picasso depara-se com a amputação de membro e todas as limitações que ela lhe impôs, passa a existir como um ser-para-a-morte de uma outra maneira, como se fosse a única possibilidade à frente, pois nada mais lhe cabe fazer. Vive a morbidez da angústia e desesperança, aprisiona-se na apatia da espera da morte, sem passar do portão. “Tudo se torna difícil, esse é o sentimento. Se eu tiver que ir ali, eu tenho que pensar duas vezes” (Picasso).

A ocorrência da amputação representa um acontecimento que, muitas vezes, interrompe o projeto de vida do indivíduo, mostrando-se na forma de vazio, medo e estranheza (MELO, 2015). Nesse sentido, Picasso narra seu corpo como um campo de batalha, que ao ser exposto ao olhar do outro, foi desvelado na sua deficiência: um lugar no qual um acontecimento concreto foi escrito e inscrito com cicatrizes, dor e sofrimento. Apresenta-se como um ser impossibilitado de fazer o que antes fazia, gerando frustração e sentimentos de inferioridade. “Não fui nem à praia esse ano, talvez pela dificuldade de chegar até a beira d’água. Praticamente um inútil sabe, tu te acha um inútil, é o seguinte, tanta coisa pra mim fazer aqui, por exemplo, dentro de casa, e eu não consigo fazer” (Picasso).

A aparência corporal, além de ser uma presença inscrita no biológico do corpo, carrega significados culturalmente construídos. As pessoas amputadas trazem, em seus corpos, sinais que as identificam como sendo diferentes, não raras vezes, sendo identificadas também como seres imperfeitos e incapazes (PAIVA; GOELLNER, 2008). Não obstante, a imagem que Picasso tem de si é a de um ser incapaz, “inútil”, como ele mesmo disse.

Para ele, a perda da perna soma-se à perda da saúde física e sua funcionalidade, não sentindo-se capaz de realizar tarefas que antes fazia. Por certo, em uma sociedade que privilegia o corpo e seu dinamismo, perder uma perna significa perder força, juventude, longevidade, saúde, beleza. De fato, o modo como Picasso tinha de olhar a vida girava em torno de uma dor demarcada no corpo, e mais além, fincada também em uma ordem social.

Em vista disso, ao pensar sobre o mundo em que vivemos, também vale salientar a lógica dos ideais de beleza, consumo, produção e mercado que ofuscam o “diferente”. A condição de ser amputado remete a um estilo de vida diferente do anterior, no qual ele já não mais se enquadra nos padrões de “normalidade”, valorizados pela sociedade contemporânea.

Portanto, torna manifesto que, muitas vezes, o corpo não precisa “falar”, ele fala também no silêncio. Um corpo que fala e que cala.

Existe a lei para eu ter o benefício do ICMS, IPVA, do ICM, isso é lei, mas parece que, quando tu chega em uma concessionária, eles não querem te vender, parece que é eles que estão tendo prejuízo, quem tá bancando é o governo, mas eles te tratam diferente, quer dizer, o pessoal analisa mais a tua aparência do que o que tu és na realidade, e ser deficiente é horrível. [...] e se as pessoas te verem aleijada ali, ou deficiente, elas ficam com pena de ti (Picasso).

Com base nas falas de Picasso, ser amputado, muitas vezes, foi mais difícil aos olhos dos outros, do que aos seus próprios olhos. Vê-se resumido diante dos outros, à sua falta, à sua aparência. Nas suas falas, é possível identificar que o corpo é observado como o principal ponto de referência, que sustenta a definição de quem se enquadra ou não em um padrão de saúde e de "normalidade". Não ocorre somente uma mudança estética. Não atender às expectativas sociais é o grande estigma que permeia essa população, e também é relatada nas falas de Picasso, ao envergonhar-se de sua condição e seu existir. Estrangeiro diante de si e do outro. Mas,

[...] e o resto do meu corpo inteiro? Tu sabe que é uma doença assim, tu sabe que aconteceu, perdeu, perdeu, mas te vem na cabeça assim dos outros, vou aparecer na frente de todo mundo aí sem a perna. [...] aí eu parei de trabalhar e, agora, eu tenho vergonha de pedir emprego (Picasso).

Sua experiência sugere como se sua vida lhe tivesse sido tirada, nessa dependência, que agora se faz constante, como se não houvesse mais possibilidades de existir por si mesmo. Reiterando o seu modo de ser-para-a-morte. “[...] eu fico dependendo disso aqui (andador), esperar que alguém me sirva. [...] quer fazer certas coisas, não consegue. Ah, tudo depende dos outros, é horrível” (Picasso).

A presença cansada, carregada e solitária de Picasso demonstrava sua forma de viver a vida: ausência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor vai curar essas lágrimas [...]. A dor vai fechar esses cortes. Flores. Flores. As flores têm cheiro de morte (Titãs).

Picasso, em certo momento de sua existência, recebe a informação de ser portador de uma doença incurável, crônica, porém, em certa medida, passível de controle, desde que sejam efetuadas diversas mudanças em seu cotidiano. É preciso adaptação à rotina, inclusão de novos hábitos, limites e novas obrigações. Diante disso, ignora todas as instruções e segue sua vida como se, com ele, nada fosse acontecer. Ausência.

Sua história revelou, tanto no que narra quanto no silêncio, como era habitar (ou não) um corpo amputado. A amputação é um fenômeno que fez com que o sujeito vivesse em confusão com seus sentimentos. Um dia tem seu corpo "completo" em sua materialidade e, abruptamente, seu corpo torna-se um estranho para o outro e para si mesmo.

Há várias dimensões no “existir” de Picasso, o existir com uma doença invisível, o existir sinalizado pela morte, não só de uma parte do corpo, e o existir – ser para a morte – de um corpo fragilizado e sem perspectivas. A experiência de ser diabético e amputado é ter um cotidiano permeado por dificuldades, limitações, dependência, solidão, isolamento, estigmas, vergonha. A amputação colocou Picasso em contato direto com sua fragilidade e finitude, falar da perda de uma perna significou um vínculo rompido, consigo e com outros. Uma parte de si é perdida, mas e o resto? O resto “não serve”. Chegava só até o portão, preso na sua solidão. Assim, a vida de Picasso reduziu-se perante sua nova condição, a qual lhe roubou o direito de existir. Existir esse que só era possível habitar na escuridão.

Picasso pintou seu próprio quadro, em cima de outro que se encontrava fragmentado, coerente com o seu corpo material. Nesse momento, o caminho traçado pelo seu corpo já havia rabiscado a tela da vida, com riscos duros e inapagáveis. No entanto, parte da história de Pablo Picasso, pintor espanhol, percussor da colagem, procedimento que visa juntar, em uma mesma imagem, outras imagens de origens diferentes. Para esse processo são necessários apenas dois elementos: a fragmentação e, posterior, a junção desses fragmentos.

Sendo assim, concretiza-se a pesquisa como a reconstrução de seus fragmentos, fragmentos da vida de Picasso, o qual teve voz na sua história, teve espaço para compartilhar e fazer com que isso se tornasse um acontecimento: “vida”. Narrar possibilitou acessar o corpo vivido, atual, visível em suas nuances, rabiscos, marcas e dores. Despedaçamentos.

Desvelou-se o seu modo de ser-no-mundo, influenciado pelas modificações em sua nova imagem corporal, na metamorfose de seu corpo, viu-se restrito à não-existência de novos caminhos e de não possibilidades de novas portas. Picasso não conseguiu olhar sua vida de uma nova perspectiva, contrária ao “enclausuramento” de seu corpo e do que lhe era mais próprio: a sua existência, profundamente despedaçada.

Sua experiência existiu somente da dor do que foi perdido, não somente uma perna, mas toda sua possibilidade de existência, como se do impacto não florescesse outra obra que não a da guerra. Picasso vive a amputação com seu modo de ser, o modo que no momento lhe é possível, uma condição que fecha, prende e despedaça. A dor, as impossibilidades e as incertezas o fazem de morada. Picasso se entrega ao que há por vir.

Por fim, como a própria fenomenologia preconiza, tem-se a consciência de que esta pesquisa não se conclui ou fecha. Pelo contrário, os sentidos que emergiram no processo de investigação instigam questionamentos e dúvidas sobre aspectos do comportamento pessoal e profissional das equipes de saúde e, em especial, para a Psicologia, no encontro com esses sujeitos.

Tendo em vista que a perda de uma parte do corpo constantemente acarreta repercussões negativas na existência do ser, a humanização das equipes de saúde, tanto no pré, quanto no pós-operatório, tem crucial importância. Perceber essa experiência torna-se essencial para que o profissional de saúde desempenhe suas atividades, de modo a atuar com um olhar integral para esses indivíduos e, para isso, só há uma maneira: atentar às experiências de quem vivenciou o fenômeno estudado.

Sobre o artigo:
Recebido em: 30/03/2021
Aceito em: 29 /10/2021

REFERÊNCIAS

BATISTA, Nancy Nay Leite de Araújo Loiola; LUZ, Maria Helena Barros de Araújo. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 65, n. 2, p. 244-250, mar-abr 2012. Disponível em: <encurtador.com.br/gjmM6>. Acesso em: 22 de set. de 2020.

BENEDETTO, Kátia Monteiro de; FORGIONE, Maria Cristina Rizzi; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.9, n.2, p.85-89, agosto 2002. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=294>. Acesso em: 13 de ago. de 2020.

BENNETT, Jasmiry. Limb loss: The unspoken psychological aspect. **Journal of Vascular Nursing**, Texas, v. 34, n. 4, p. 128-130, dez 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.06.001>>. Acesso em: 07 de set. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 162 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 15 de out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. 56 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf>. Acesso em: 22 de set. de 2020.

BYRNE, M. M. Understanding life experiences through a phenomenological approach to research. **Association of operating room nurses- AORN Journal**, v. 73, n. 4, april, 2001, p. 830-832.

CHINI, Gislaine Cristina de Oliveira; BOEMER, Magali Roseira. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Revista Latino- americana de Enfermagem** [online], v. 15, n.2, p. 330-336, mar-abr 2007. Disponível em <<https://bityli.com/P08Dz5r>>. Acesso em: 19 de jan. de 2021.

GABARRA, Letícia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 59-72, dez. 2009. Disponível em: <<https://bityli.com/QFbGHNI>>. Acesso em: 05 de jan. de 2021.

GIL, Gislaine Pinn; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; GUARIENTE, Maria Helena D. Menezes. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 141-154, jul.-dez. 2008. Disponível em: <<https://bityli.com/lhOSOnm>>. Acesso em: 05 de jan. de 2021.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução de Márcia de Sá Cavalcanti. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LOUREIRO, Maria Francilita Frota et al. Ser diabético e vivenciar a amputação: a compreensão psicofenomenológica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, dez. 2002. Disponível em: <<https://bityli.com/oS9ipSI>>. Acesso em: 27 de ago. de 2020.

LUNARDI, Valéria Lerch et al. Concepções de saúde, de doença e de cuidado de clientes portadores de Diabetes Mellitus. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. 2, p.29-34, jul./dez. 2000.

MALARD, Maria Lúcia. **O método em arquitetura**: conciliando Heidegger e Popper. Cadernos de Arquitetura e Urbanismo (PUCMG): Belo Horizonte, 2001, v. 8, n.8, p. 128-154, 2001. Disponível em: <<http://www.arq.ufmg.br/eva/docs/art013.pdf>>. Acesso em: 18 de ago. de 2020.

MELO, Jailton Bezerra. **“O corpo que habito”**: Possibilidade de compreensão para o corpo amputado. 2015. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em: <www.unicamp.br/tede/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=1183>. Acesso em: 30 de out. de 2020.

MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção**. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data analysis**: a methods sourcebook. Thousand Oaks – California: SAGE Publications Inc, 2014.

PAIVA, Luciana Laureano; GOELLNER, Silvana Vilodre. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface (Botucatu)** [online]. 2008, v. 12, n. 26, p. 485-497. Disponível em: <encurtador.com.br/azGI2>. Acesso em: 17 de set. de 2020.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park: Sage, 2002.

PEREIRA, Wilma Dantas. **Corpo e significado**: Percepções de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <encurtador.com.br/cdrN4>. Acesso em: 25 de ago. de 2020.

RESENDE, Marineia Crosara de et al. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 164-177, mar. 2007. Disponível em: <encurtador.com.br/wN269>. Acesso em: 13 de out. de 2020.

SANTOS FILHO, Carlos Victor dos; RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho; SANTOS, Rita Batista. Papéis de autocuidado: Subsídios para Enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 125-129, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a19.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. de 2020.

SEIDMAN, I. **Interviewing as qualitative research**: a guide for researches in education and the social sciences. Teachers College Press: New York, 2019.

SILVA, Isabel Lopes da. **Psicologia da diabetes**. 2. ed. Lisboa: Placebo Editora Ltda., 2010.

SILVA, Sílvio Éder Dias da et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], Brasília, v. 63, n. 3, p.404-409, maio-jun

2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a09v63n3.pdf>>. Acesso em: 12 de jan. de 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação - o positivismo; a fenomenologia; o marxismo. São Paulo: Atlas, 2015.

VAN MANEN, M. **Researching lived experience:** human Science for na action sensitive pedagogy. London, Ontario, Canadá: The Althouse Press, State University of New York Press, 2018.