

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



A EXPERIÊNCIA DE SER-AMPUTADO
UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Relação de Ajuda: Perspectivas da Psicoterapia Existencial

Cláudia Dias Rodrigues

Nº13763

Dissertação orientada por Professora Doutora Isabel Pereira Leal

2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que se disponibilizaram a expor as suas experiências de amputação. Deixaram-me tocada pela generosidade que demonstraram enquanto partilharam comigo e decidiram abrir nelas (e em mim) algumas das câmaras das memórias e das vivências mais marcantes das suas vidas.

Agradeço ao Dr. Moniz e ao Dr. Palma Rodrigues, ao Enfº Luís, à Dra Conceição Pato, à Dra Conceição Rendeiro, e à Dra Ana Cristina Nunes, por me abrirem muitas das portas do Hospital São Bernardo e do Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão, essenciais para este trabalho. Foi importante perceber o espírito de colaboração científica e profissional, bem como os seus acolhimentos calorosos e encorajadores.

Agradeço ao Dr. Paulo Palma pela sua disponibilidade para o diálogo e para o trabalho de equipa ao longo do processo de contacto com os participantes, e pelo interesse pela investigação da experiência de amputação entre outros projectos relacionados com esta população de pacientes.

Agradeço à Professora Doutora Isabel Leal, pela paciência para com as minhas mudanças de direcção iniciais, e para com os prolongamentos de datas de entrega para a conclusão de cada secção desta tese. Obrigada ainda pela ajuda nas revisões e correcções, pela ajuda na aplicação de algumas leis da parcimónia, pela confiança no meu trabalho e pela liberdade que me foi dada para a sua execução.

Agradeço ao Dr. Daniel Sousa pela incansável ajuda nas revisões relacionadas com o método e análises fenomenológicas, pelo incentivo ao longo de todo o processo de estudo e investigação. Obrigado pelo companheirismo “metodológico” e pela abertura de diálogo no sentido da aplicação da fenomenologia em prol de uma psicologia mais “cientificamente humana”.

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Alves pela generosidade dos seus ensinamentos, e pelo seu rigor de pensamento que tanto me ajudou a encontrar estruturas para as minhas próprias ideias e conhecimentos nos estudos de Husserl.

Agradeço ao Professor Amedeo Giorgi pela transmissão dos seus conhecimentos, sempre disponível e interessado pelo rigor do acesso à dignidade das experiências humanas, e pelas palavras inspiradoras para a minha persistência.

Agradeço à Professora Doutora Paula Ponce Leão pelas suas opiniões muitas vezes desafiadoras das minhas, que levaram a tantos debates em aula e com “o texto”, que me impeliram ao enriquecimento das minhas perspectivas filosóficas e espicaçaram o meu espírito crítico até à urgência de desbravar novos caminhos para o conhecimento do homem.

Agradeço ao Carlos Teixeira e aos Colegas do Mestrado e da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial (SPPE) que me acompanharam na descoberta de diferentes pontos de vista e de tantos pontos comuns de interesse, na construção e desconstrução de outras formas de ser e de estar face à vida e face à morte. Obrigado pelo desafio do respeito pelas diferentes liberdades existenciais, pelo desafio de juntos irmos encontrando a ajuda psicoterapêutica que

todos procuramos dar e receber, e especialmente face à amizade e aos valores relacionados com a partilha e com a necessidade de actualização constante de cada um de nós.

Agradeço aos Professores: Lucia Moja-Strasser, Ernesto Spinelli, e Simon Du Plock, por tanto contribuírem para o início deste meu caminho “existencialista”. Obrigado pelos preciosos ensinamentos e pela grandiosa generosidade.

Agradeço aos Professores da SPPE, portugueses e estrangeiros, que em muito contribuíram para o adiamento do término deste trabalho, através dos fluxos de informação e facilitação de processos de aprendizagem que não cessaram de intervir nas minhas perspectivas e análises existenciais constantemente expostas à mudança, à crítica, e à desconstrução.

Agradeço aos Amigos que não se importaram com o andamento ou a conclusão deste trabalho porque assim permitiram-me respirar outros ares nas suas companhias. Obrigado ainda aos que perdoaram as minhas ausências prolongadas.

Agradeço aos meus Pais por me terem oferecido o Tempo e o Espaço que necessitei, em especial quando não lhes foi possível compreenderem os motivos. Obrigado por perdoarem as minhas ausências e por sempre me receberem de volta com entusiasmo. Obrigado pelos vossos olhares que me falam de amor e de vida e que por isso me inspiram. Obrigado pelo carinho nutritivo. Obrigado pela vossa confiança. Obrigado pela vossa capacidade de dar apenas o que têm e por me ensinarem que por vezes é preciso, e até é bom, “parar” e “parar de dar”. Obrigado pelo vosso amor que me permitiu crescer e romper barreiras. Obrigado ainda por me terem ensinado a sonhar. E obrigado também por me terem ensinado a acreditar no diálogo, na partilha, e no entendimento como pilares da democracia, do amor, e da esperança.

Agradeço à minha irmã Catarina pelas lições de pragmatismo que me inspiram e me ajudam nas minhas mudanças e crescimentos. Obrigado também pelas lições de culinária que me ensinam a respeitar mais o Tempo e a natureza de cada ingrediente da vida. Obrigado ainda pela troca de cumplicidades. Obrigado pelos exercícios de confronto e de conflito que me fortaleceram e ensinaram que sofro derrotas e também sei derrubar. Obrigado pelas lições de persistência e de luta, e principalmente por, ainda assim, me deixares estar perto de ti. Obrigado pelo amor que resulta de tudo disso.

Agradeço ao Mário por ser o homem e a criança, sem vaidade e com orgulho, por ser meu companheiro interessado e dedicado, por me amar e deixar que eu o ame, por caminhar comigo descalço sob chão frio quando é preciso e, ainda assim, conseguir abrir comigo mais uma janela de tempestades e permanecer. Obrigado pela sapiência de como me abrigares nos teus braços. Obrigado por esperares comigo e por mim. Obrigado pelo espírito analítico e inconformado que me estimula e ensina. Obrigado pela dignidade que permites à nossa relação quando enlaçamos as mãos e nos guiamos neste compromisso em prol da liberdade de sermos o que precisamos ser. Obrigado pela coragem, explícita nos nossos exercícios de aceitação.

Este é um agradecimento a todas as pessoas que, devido às suas diferentes formas de ser e estar comigo, puderam ajudar-me a clarificar-me e a estruturar-me em muitos dos momentos mais significativos da elaboração desta tese em particular, e, indissociavelmente, também das (re)elaborações de mim mesma através das várias dimensões e dinâmicas necessárias à minha existência.

RESUMO

O objectivo deste estudo foi identificar as estruturas e os constituintes das experiências mais significativas relacionadas com a amputação de um ou mais membros, e compreender as suas dinâmicas. Por experiências entendemos o conjunto das vivências antepredicativas e predicativas. Entendemos a experiência tal como Husserl refere, constituídas pelas vivências explícitas e implícitas aos actos de consciência.

Este trabalho foi iniciado com algumas inquietações acerca do papel da psicologia no estudo da experiência e acompanhado por preocupações epistemológicas. Na revisão de literatura foram abordados diferentes modelos teóricos sobre a experiência da amputação. Como procedimento metodológico foram realizadas entrevistas individuais, onde quatro participantes descreveram as suas experiências mais significativas relacionadas com a amputação sofrida. Estas descrições foram depois analisadas de acordo com o método fenomenológico-psicológico desenvolvido por Amedeo Giorgi. Nestes resultados pudemos identificar três estruturas gerais (ou *tipos* de experiências) e treze constituintes-chave inerentes à experiência de amputação, são eles: Ruptura ou perda irreversível; Mudança nas relações com outros; Confronto e impacto inicial; Suporte recebido em contexto hospitalar; Alterações da consciência; Vivência temporal; Antagonismo psicológico; Questionamento da identidade, Complicações de saúde cumulativas; Descontentamento, frustração e incapacidade para agir; Mudanças nos sentidos para a vida; Solidão existencial; e Incerteza e expectativa.

Por fim, verificámos que existem correspondências entre os resultados deste estudo e as perspectivas fenomenológicas de Husserl e dos autores existencialistas abordados, por isso, pudemos apontar também para algumas implicações práticas do método fenomenológico ao contexto de investigação e da psicoterapia, nomeadamente no âmbito da ajuda na amputação, uma vez que nesta área foi evidente a reivindicação de uma abordagem reconciliadora que devolva congruência às experiências relacionadas com mudanças antagónicas, separações, ou rupturas.

Palavras-chave: *Experiência, vivências, amputação, estrutura, constituintes, psicologia, fenomenologia, existencialismo.*

ABSTRACT

The aim of this study was identify the structures and constituents of the most significant experiences related with limb amputation and try to understand it's dynamics. By experiences we mean the sum of the pre-nominal and nominal lived experiences. We conceived the notion of experience as Husserl describes it, explicit and implicit lived experiences in conscious acts.

This work was initiated with some issues about the role of psychology in the study of the experience and accompanied by epistemological concerns. Different theoretical models about the amputation experience were approach in the literature review. As methodological procedures there were realized individual interviews with four participants that described his/her most significant experiences related with the suffered amputation. After, those descriptions were analyzed accorded with the phenomenological-psychological method developed by Amedeo Giorgi.

In the results we have identified three general structures (or “types” of experiences) and thirteen key-constituents of the amputation experience, namely: Rupture or irreversible loss; Change in relationships with others; Confrontation and the initial impact; Support received in the hospital; Changes in the state of conscience; The experience of time; Psychological antagonism; Questioning of identity; Cumulative health complications; Dissatisfaction, frustration and inability to act; Changes in directions and sense for life; Existential loneliness; and Uncertainty and expectation.

We had concluded that there are correspondences between our results and Husserl's phenomenological perspectives and the existentialist authors discussed in the literature review, we could also point some practical implications about the phenomenological method in research and psychotherapy, particularly in the context of aid in the amputation since in this area was evident the need for a reconcilable approach able to restore consistency in experiences related to antagonistic changes, separations, and breaks (psychological and other kind of “lived breaks”).

Keywords: *Experience, lived experiences, amputation, structure, constituents, dynamics, psychology, epistemology, phenomenology, existentialism.*

ÍNDICE

	PÁG.
ENQUADRAMENTO À INVESTIGAÇÃO FENOMENOLÓGICA	1
<i>Alguns fundamentos epistemológicos para o estudo da experiência psicológica</i>	1
<i>Introdução ao estudo da experiência da amputação</i>	9
REVISÃO DE LITERATURA PARA A EXPERIÊNCIA DE AMPUTAÇÃO	14
<i>Capítulo I: Dados referentes às pessoas amputadas</i>	14
<i>Capítulo II: Perspectivas psicanalíticas da amputação</i>	25
<i>Capítulo III: Corpo amputado, carbónico, palpável e mensurável: na procura dos factos</i>	35
<i>Capítulo IV: Problemáticas inerentes ao estudo da experiência da amputação</i>	44
<i>Entrar na ambiguidade da experiência humana</i>	47
A experiência encarnada e situada, e simultaneamente ilimitada e inapreensível na totalidade	48
A experiência intencional ou “relativa a algo”	50
A visualização do interior do corpo	56
A obrigação de ser “para-si”	59
O corpo manipulado e o cuidado	64
A reorganização antes e depois da amputação	67
MÉTODO	73
<i>Considerações introdutórias à metodologia</i>	73
Delineamento do estudo	73
O problema em estudo	74

<i>A filosofia de Husserl e o seu método fenomenológico</i>	74
Atitudes de base à aplicação do método husserliano	75
Os exercícios fenomenológicos husserlianos para acesso ao conhecimento da essência das experiências	76
O que são afinal as experiências a que pretendemos aceder e conhecer?	80
 <i>Pressupostos teóricos do método fenomenológico-psicológico de Amedeo Giorgi</i>	84
Fundamentos epistemológicos e filosóficos	85
O estudo dos fenómenos que se apresentam na vivência da experiência	86
O problema da validade científica	86
O teste às evidências é feito pela intencionalidade e pela correlação	86
Os significados não são vazios	87
 <i>Operacionalização do método</i>	89
Procedimentos para a análise dos dados	89
Procedimentos para a recolha dos dados	92
 ANÁLISE DOS RESULTADOS	96
<i>A estrutura geral dos significados da experiência de amputação</i>	97
<i>Constituintes-chave das estruturas gerais</i>	99
Confronto e impacto inicial	101
Suporte recebido em contexto hospitalar	104
Alterações de consciência	106
Complicações de saúde cumulativas	108
Ruptura ou perda irreversível	108
Mudança nas relações com outros	110

Vivência temporal	114
Antagonismo psicológico	116
Questionamento da identidade	118
Mudanças no sentido para a vida	119
Descontentamento, frustração, e incapacidade para agir	121
Solidão existencial	122
Incerteza e expectativa	123
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	124
<i>Leitura fenomenológica-existencial dos resultados</i>	<i>126</i>
A vivência do tempo na experiência de amputação: a temporalidade	127
A vivência da interrelação: o Ser-no-mundo-com-outros	132
A vivência do espaço e do corpo: a espacialidade e a corporalidade	134
CONCLUSÃO	136
<i>Sobre o método, teoria fenomenológico-existencial, e a sua relação com os resultados</i>	<i>136</i>
<i>Do paradigma fenomenológico e sua aplicação para a investigação e para a psicoterapia</i>	<i>140</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

ÍNDICE DE TABELAS

1: Dados empíricos relativos à depressão após a amputação.....	21
2: Dados empíricos relativos à ansiedade após a amputação.....	21
3: Dados empíricos relativos à imagem corporal após a amputação.....	22
4: Dados empíricos relativos ao funcionamento e ao desconforto social após a amputação.....	22
5: Factores directamente relacionados com a amputação.....	23
6: A estrutural geral de significado para a experiência de amputação de P1 e P3.....	97
7: A estrutural geral de significado para a experiência de amputação para P2.....	98
8: A estrutural geral de significado para a experiência de amputação para P4	98

ÍNDICE DE FIGURAS

1: Relação entre os constituintes-chave da experiência de amputação.....	100
--	-----

ÍNDICE DE ANEXOS

Fases do pensamento fenomenológico de Husserl segundo Alves (2008).....	A
Consentimento Informado	B
Análises dos resultados	C

ENQUADRAMENTO À INVESTIGAÇÃO FENOMENOLÓGICA

ALGUNS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS PARA O ESTUDO DA EXPERIÊNCIA PSICOLÓGICA

*“Aquilo que é mais importante para nós esconde-se,
por vezes sob uma capa de simplicidade e familiaridade.
Somos capazes de nunca reparar em algo só porque o estamos sempre a ver.
Ninguém pensa nas verdadeiras fundações das suas perguntas.”*
Wittgenstein (cit.: Sacks, 1985)

O presente estudo insere-se no âmbito do mestrado em Relação de Ajuda, que incide muito especificamente na área das psicoterapias existenciais, e por isso ao fazermos uma incursão nele devemos ter em consideração que pode vir a afastar-se dos objectivos do estudo da psicologia tal como é vista pelas correntes dominantes, reivindicando uma diferente abordagem ao estudo e investigação do ser-humano psicológico.

Nas perspectivas das psicoterapias existenciais são questionadas as abordagens à subjectividade humana que se dão exclusivamente através dos métodos das ciências naturais (Spiegelberg, 1972; Spinelli, 1998; Cooper, 2003), o que, partindo daqui, somos levados a uma posição de partida bastante céptica, “onde eu não pretendo sugerir uma posição de *closed-mindedness* [fechamento da/na mente], mas antes o seu oposto” (Spinelli, 1998). Com esta premissa como ponto de partida, impõe-se uma reflexão cuidadosamente atenta aos dados disponíveis ao estudo dos seres humanos, que não são exclusivamente corpo, nem exclusivamente mente, nem exclusivamente relações sócio-culturais. Assim, é reivindicado o lugar de destaque da investigação integrada acerca da subjectividade da “terra incógnita psicológica” (Bugental, 1992).

A ligação à psicologia clínica é inevitável, porque a relação psico-terapêutica é uma das suas medidas para o conhecimento do homem na sua subjectividade. Contudo,

existem interrogações quanto a este casamento (psicologia clínica – psicoterapia), do ponto de vista existencialista, uma vez que a psicologia, no seu desejo de autonomia científica tem-se “submetido”, como refere Marques (1999):

“Aos principais e mais utilizados critérios que dominam nas concepções de ciência, enquanto, por outro lado, tem procurado estabelecer, desenvolver e estabilizar as principais concepções teóricas e as metodológicas que a fundam e fundamentam. [...] sendo “ainda prisioneira”] por um lado, [d]as concepções positivistas e por outro lado, [d]o facto de se apresentar dominada e inscrita no modelo médico, nas relações que ele tem com a Psicopatologia e a Psiquiatria.” (p. 44).

Nisto, torna-se premente percebermos de que falamos quando nos referimos ao modelo naturalista associado à psicologia clínica, e ao modelo existencialista, associado ao inconformismo da filosofia e inserido no que Boaventura Sousa Santos designa de “o paradigma emergente”.

O modelo naturalista

Com a convicção de que há uma separação do saber aristotélico e medieval do conhecimento das ciências emergentes a partir do séc. XVIII e XIX, os protagonistas do modelo racionalista, ou naturalista, que preside à ciência moderna, consideravam, desde o início deste movimento, que possuíam uma melhor visão dos factos e uma nova visão do mundo e da vida, com o qual se moviam empenhadamente contra qualquer forma de autoridade e de dogmatismo, tão característica dos momentos históricos precedentes. São fundamentos desta época os modelos explicativos influenciados pela teoria heliocêntrica do movimento dos planetas de Copérnico, as leis de Kepler sobre as órbitas dos planetas, as leis de Galileu sobre a queda dos corpos, a grande síntese da ordem cósmica de Newton, a consciência filosófica Francis Bacon, e com marca indelével até hoje, Decartes (Santos, 1987).

Segundo Leal (2005), “um novo paradigma ocorre, ou pode ocorrer, sempre que as respostas procuradas não são passíveis de ser encontradas à luz do paradigma em que se trabalha, o que é possível apenas pelo facto de algumas questões não serem mesmo pertinentes à luz desse paradigma”, e foi o que aconteceu como reacção ao modelo medieval e aristotélico, teleológico que se tornou teocrático e moralizador. Porém, instalou-se, com a era do racionalismo e da ascensão da burguesia, uma nova imposição e uma nova crença estática de que se “começava a dominar o estágio final da evolução

da humanidade (o estado positivo de Conte; a sociedade industrial de Spenser; a solidariedade orgânica de Durkheim)” (Santos, 1985), que acabou por trespassar o campo das ciências para o domínio da convivência interpessoal/social, onde o pretendido passou a ser cada vez mais “as ideias que presidem à observação e à experimentação” baseado nas “ideias simples e claras”. O pensamento e as acções do homem moderno passaram a ser suportados pela lógica e validade matemática, pelas medições e quantificações, a fim de que se pudesse reduzir a complexidade das coisas (Santos, 1985). Instalou-se desde então um investimento na descoberta das leis da natureza baseadas nas leis da parcimónia, ou da navalha de Ockham, que aconselha que “as entidades não devem ser multiplicadas além das necessidades”, sendo que para isso se deve recorrer à economia, parcimónia, e simplicidade, princípios especialmente valorizados nas teorias científicas e no “nominalismo” (Bizarro, 2008).

Foi neste clima que passaria a ser possível “prever o comportamento futuro dos fenómenos, [...] partindo do princípio de que a posição absoluta e o tempo absoluto nunca são condições iniciais relevantes”, o que é representativo do teorema da invariância na física clássica (Santos, 1985). Assim, as ciências sociais e humanas, inclusive a psicologia clínica, que se começaram ressentir com o descrédito crescente de que eram alvo, por serem demasiado subjectivas, mutativas e contrasensoais nas abordagens paradigmáticas, procuraram cada vez mais recorrer à utilização dos métodos de investigação e critérios epistemológicos das ciências naturais, métodos cada vez mais quantitativos, e construção de instrumentos cada vez mais explicativos, objectivos e “nominalistas”. Sendo que à medida que as investigações foram surgindo, os objectivos foram sendo os de melhorar mais e mais o rigor e a “precisão” dos instrumentos de medida, com o cada vez maior “controlo” e “domínio” sobre os factos “reais”, inclusos os psicológicos (Marques, 1999).

O isolamento das variáveis, com vista à simplificação e à economia e máximo resumo das essências estáticas, onde se tenta isolar fracções de tempo e de momentos, levou ao que Maria Emília Marques denomina de “a clausura da psicologia clínica” na avaliação psicológica e nas necessidades da descrição e categorização de toda a lógica *psi*, onde se:

“Acaba por manter excluídas e à parte dimensões extremamente importantes: o questionamento e as mudanças que a epistemologia impôs na concepção de ciência; as novas

concepções que conferem ao objecto de estudo da Psicologia uma maior especificidade, destacando-se aqui o impacto dos modelos dinâmicos [como a Psicanálise e a Fenomenologia]; as modificações nas concepções da psicopatologia e, finalmente, os imperativos que obrigam a dar aos instrumentos um novo lugar, por submissão a novas concepções.” (Marques, 1999, p 47).

Assim, tem sido muitas vezes esquecido que quanto mais fechado é um sistema, mais aumenta a pressão externa (para controlo e manutenção das condições internas) sendo consequência necessária a alteração das condições iniciais do próprio sistema, como é referido nas leis da termodinâmica (Harré, 1984), ou como diríamos na psicologia, quanto maior a intervenção/ manipulação das dinâmicas interpessoais, ou intrapessoais, maior será a alteração da realidade da pessoa. Segundo Boaventura Sousa Santos (1985, p31): “a noção de lei tem vindo a ser parcial e sucessivamente substituída pelas noções de sistema, de estrutura, de modelo e, por último, pela noção de processo. [Sendo que] o declínio da hegemonia da legalidade é concomitante do declínio da hegemonia da causalidade”.

Thomas Khun defendeu que, para o ser realmente, qualquer ciência deve guiar-se por um paradigma vigente, universalmente aceite, que funciona como um quadro antecipador dos resultados que serão obtidos, onde a investigação não visa descobrir algo de novo mas sim confirmar expectativas e crenças, e onde as descobertas dependem sobretudo do quanto o investigador está preparado para aceita-las e vê-las de forma a aceitar possíveis mudanças. Segundo esta perspectiva fazer ciência é uma actividade paradigmática que resiste à mudança e depende do contexto histórico e cultural de cada época, e por isso, está fortemente correlacionado com os movimentos políticos e sociais, e com as limitações epistemológicas (do conhecimento) e percepções próprias de cada cientista (Worral, 2003, p.65-100). Nesta perspectiva, não se reconhece a falibilidade do conhecimento e das percepções individuais sem uma fundamentação de base cultural, social e histórica, o que seria facilmente criticável por Sartre (2005) como uma atitude de *má-fé*, centrada numa desresponsabilidade pessoal e obnubilada por um medo de aceitação da condição humana da incerteza perante qualquer passo na vida ou um qualquer investigação.

Já para Karl Popper não há ciência sem dúvida, e a ciência moderna e pós moderna foram profundamente marcadas pelas suas críticas ao positivismo lógico e ao

método indutivo defendido por Khun, e que “constitui hoje, na mais importante e consistente posição em epistemologia, à qual a Psicologia devia aderir em seu projecto de se tornar uma disciplina científica nos moldes exigidos pela modernidade” (Castañon, 2006). Segundo Castañon (2006), Popper:

“Criticou o princípio da verificação como critério de demarcação e o substituiu por um critério quase oposto, o da falsificabilidade: enterrou o método da indução e provou a sua invalidade, substituindo-o pelo seu oposto: o método hipotético-dedutivo, desabsolutizou os fundamentos e as pretensões da ciência moderna, os tomando como meras conjecturas e defendendo uma ciência perfectível, rejeitou plenamente a anti-metafísica positiva, reabilitando a metafísica como celeiro de ideias científicas. [...] E passou a reflectir sobre o que essencialmente diferenciava, a Psicanálise e o Marxismo por um lado, e a teoria da relatividade de outro, chegando ao critério da falsificabilidade, e a consequente rejeição da cientificidade da Psicanálise.” (p.26-27)

Com Popper, verificou-se que só podemos testar algumas consequências de uma teoria, e nunca toda a teoria, só por si, pois não é possível compreender o universo de implicações de uma teoria e qualquer resultado de uma testagem só pode ser apresentado em termos aproximados ou probabilísticos. “Se temos um problema P, e temos uma proposta de solução que é a teoria T, então acreditamos que a teoria T é verdadeira. Sendo verdadeira, ela trará uma série de consequências particulares empiricamente observáveis: cp1, cp2, cp3,..., cpn. Se estas consequências se constatarem, a teoria é provisoriamente corroborada, e aceite. Se não se constatarem, desmentem, falseiam, falsificam a teoria. Esta então é descartada e se procura outra” (Castañon, 2006, p.31).

É neste clima de diferentes propostas a emergir no quadro das metodologias, teorias e filosofias da ciência que temos vindo a assistir então ao que Boaventura Sousa Santos (1985), refere como:

“O relato de uma família numerosa e instável, mas também criativa e fascinante, no momento de se despedir, com alguma dor, dos lugares conceituais, teóricos e epistemológicos, ancestrais e íntimos, mas não mais convincentes e securizantes, uma despedida em busca de uma vida melhor a caminho doutras paragens onde o optimismo seja fundado e a racionalidade mais plural e onde finalmente o conhecimento volte a ser uma aventura encantada. A caracterização da crise do paradigma dominante traz consigo o perfil do paradigma emergente.” (p.35)

Porque vivemos demais para continuar a acreditar que a verdade continue a ser verdade sem os seus véus, «fazemos agora uma questão de decência de não querer ver tudo a nu, de não assistir a tudo, de não procurar compreender tudo e tudo “saber”» (Nietzsche, 2000, p.16), ou como já Aristóteles disse: só podemos esperar precisão daquilo que é possível ser preciso, e não devemos esperar mais precisão do que aquela que a matéria/sujeito/fenómeno é capaz de admitir.

“O paradigma emergente”

São os próprios avanços das ciências naturais, como os da termodinâmica e, especialmente, da física quântica que têm contribuído para uma maior integração dos conhecimentos que a humanidade tem conquistado, fazendo com que aquelas aspirações tanto renascentistas quanto estruturalistas/ naturalistas de praticar os axiomas sofistas, alcançar a verdade, o absoluto, a totalidade e o domínio do corpo, do homem, e do universo, sejam hoje revisitadas e reinterpretadas. À luz destas mais recentes investigações e hipóteses científicas, as essências – tão almejadas nos séculos anteriores – e também procuradas pela fenomenologia husserliana, ganham um carácter dinâmico, e deste modo deixam de ser entidades ou estruturas estáticas, fechadas e isoláveis, onde são exemplo disso a descoberta da intrínseca e dinâmica ligação, ou relatividade, entre a matéria, a energia, e a velocidade (tempo e espaço) dada por Einstein (2005), ou as demonstrações de Heisenberg e Bohr de que “não é possível observar ou medir um objecto sem interferir nele, sem o alterar, e a tal ponto que o objecto que sai de um processo de medição não é o mesmo que lá entrou” (Santos, 1985).

Com isto, a análise do homem, no seu corpo carbónico e subjectivo, e do universo em que vive e que com ele se interrelaciona, começa a deixar de ser uma análise exclusiva entre figuras antagónicas ou complementares, como preconizou Levi-Strauss (1967), uma relação de signos linguísticos que formam as estruturas fundamentais do homem (Saussure, 1995), uma dialéctica de dominância ou submissão (Hegel, cit.: Kojève, 1998), de poder e vontade (Nietzsche, 2000; Foucault, 1980), natureza incontrolável que necessita de ser expressa e explicada pela não-razão e pela falta de sentido (Freud, 1995); pela oposição entre dentro e fora, *self* e outros (Lacan, 1993), a procura de estruturas matemáticas, físicas e biológicas para explicar a génese da inteligência humana (Piaget, cit.: Borba, 2005), ou até com a procura da génese - subjectiva - dos seus factos, partindo da premissa que “não possuímos de momento nem

uma ciência válida, nem um mundo existente” (Husserl, 2001, p.30) porque o homem, nestes parâmetros continua a assumir uma centralidade inegavelmente solitária.

No entanto, reparamos que continuamos a repetir as mesmas questões que Sócrates um dia fez, afinal onde está o conhecimento que temos? Continuamos a interrogar-nos tal como Decartes o fez quando duvidou das suas aprendizagens escolásticas no Colégio Real dos Jesuítas de La Flèche, considerado uma das melhores fontes mundiais de conhecimento da época (Decartes, 1978). Afinal o que é que sabemos, apesar de nos ter sido deixado um legado de aprendizagens variadíssimas ao longo da história do desenvolvimento humano, das ciências naturais, da psicologia, da filosofia, e das artes?

Há, de facto, algo que se mantém até aos dias de hoje. O físico Martin Rees, num recente documentário intitulado: “What we still don’t know?”, avança com a hipótese da existência de *pluriversos*, e isto vem mais uma vez abanar os nossos desejos de sermos únicos e “mónadas”, mas em simultâneo avança com a ideia de que somos a realidade que construímos e acabamos afinal por nos co-construir e representarmos (e representarmo-*nos*), e agrupamo-nos por “sim-patia” (*Tunning*), ou algum tipo de afinidade – “positiva”, “negativa”, ou “nem por isso” – às coisas e às pessoas do mundo com as quais nos relacionamos por vontade (como no caso dos pares) ou por *facticidade* (como p.e. a família e o ano em que nascemos, a sociedade política e cultural onde fomos educados, os professores que tivemos na infância, etc.).

Continua portanto a haver um “*eidos, arche, telos, energeia, ousia, aletheia* [essência, estrutura, propósito, eficácia/força activa, “santuário”, um estado de evidência], transcendentalidade, consciência, Deus, homem, etc.” (Derridas, 1978, p. 278-280), que centraliza os nossos esforços de compreensão e delimita o jogo da estrutura na qual nos movemos, mas que também se denunciam através da repetição das mesmas inquietações e dúvidas já existentes na antiguidade clássica, estendendo-se até ao teocentrismo do período medieval e ao princípio de que existe algo de central e absoluto em torno do qual gravita a existência humana, ou como diria Protágoras “o homem é a medida de todas as coisas, das coisas que são, enquanto são, das coisas que não são, enquanto não são”, existindo no próprio homem a resposta, senão a todos, pelo menos a alguns dos mistérios de si mesmo e do universo.

Mesmo com as antigas noções da mecânica clássica, nas suas leis universais representadas por Newton, a “máquina humana” usufrui do seu movimento através de peças centrais, e algumas muito bem determinadas, que ainda hoje são inegavelmente essenciais para a compreensão do humano como: corpo próprio, a sociedade e cultura, e a organização das suas relações e co-relações. E apesar de se manterem focus de questões “centrais”, mantém-se também a dúvida acerca delas, os pontos escuros e instáveis do nosso conhecimento que, tal como foi preconizado pela psicanálise, já no séc. XX, com a ideia de inconsciente, continuamos com “buracos negros” a modelar as nossas acções e a marcar as nossas passagens pela vida, ou o *Libenswelt* – mundo da vida – através do *Leib-in-the-world* [corporalidade-no-mundo] (Max Sheller; cit.: Ots, T., 2005, p.116).

Os “buracos negros” são isso mesmo, são espaços de desconhecimento, que despertam o que é não-familiar e o que é estranho, mas ainda assim existem, tem um campo gravitacional intenso onde nem mesmo a luz pode escapar no seu interior (Wheeler, 1981), e depois de os termos identificado não podemos continuar como se o negro fosse sinónimo de um nada ou como se fosse simplesmente o antónimo de branco, como foi apanágio da época dominante dos estruturalistas e pragmatistas (como o pioneiro Saussure, na filosofia e linguística, Lévi-Strauss, na antropologia, ou Wundt, na psicologia). Mesmo esses “nadas”, para existirem, são alguma coisa e só por isso já são para nós, humanos, “muito”, ao ponto de os tornarmos no nosso imaginário como “infinitos”, no tanto que são de assustadores como de fantásticos. Já Einstein (cit.: Capra, 2009, p.210), ao descobrir novas formas interrelacionais, disse:

“Podemos assim encarar a matéria como sendo constituída por regiões do espaço onde o campo é particularmente intenso... Neste novo tipo de física não existe lugar para campo e matéria, o campo é a única realidade”

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA EXPERIÊNCIA DA AMPUTAÇÃO

Conhecer o desconhecido – interrogações e inquietações

*“- Não conhece a sentença a que foi condenado?
- Não/ ... / Seria inútil dar-lha a conhecer, pois vai apre(e)nde-la no próprio corpo”
(Kafka, F., 2006)*

A perplexidade nas relações matéria-experiência cria-nos desconfortos. E para chegarmos à descoberta somos obrigados a partir da insegurança e da angústia face ao desconhecido. Fazendo um paralelo entre os buracos negros do universo e, eventualmente o inconsciente ou o desconhecimento humano, há portanto espaços de falta, mas não como a falta de um membro que uma pessoa perdeu por traumatismo ou infecção, ou como o que acontece numa “falha básica” que determina a qualidade das relações da infância (Balint, 1968). No desconhecimento há uma falha essencial, que é transversal à história da humanidade e que sempre tentámos preenche-la com a ilusão de que o que existem são mecanismos explicativos passíveis de teorizar e argumentar como verdades universais ou generalizáveis, mentes despadronizadas, corpos desarticulados, pessoas desajustadas aos modelos comuns e esperados, como o faz, p.e., a psicologia descritiva- explicativa.

Quando um corpo é amputado podemos considerá-lo “estranho” e se a amputação for realizada ao próprio, pode ser que também ele se sinta num corpo “estranho”, mas não há certezas comprovadas pelo método científico-natural/psicológico, i.e. pelos métodos explicativos ou nosológicos, quanto a isso na literatura que consultámos, apesar de terem sido avançadas teorias explicativas/hipotéticas acerca deste tipo de experiências, com carácter generalizador. Para estudar os aspectos psicológicos das pessoas com amputações de membros, pré-define-se um campo de estudo, como os níveis de ansiedade ou de depressão: uma escolha do investigador num enfoque determinado por ele, impossibilitando-nos de ver o fenómeno tal como ele se apresenta diante de nós na sua multiplicidade de aspectos. Assim, a

mesma pergunta secular volta a pairar sobre nós: afinal, apesar de conhecermos tão bem as engrenagens, as estruturas e organizações, e os elementos ou essências físicas, psicológicas, sociais, e históricas humanas, o que é que sabemos acerca do corpo que vive uma amputação? Ou pegando, na noção de *desconhecimento* e de *essência* – noções estas, tal como referimos anteriormente, aparentemente opostas - o que é que uma pessoa é num/com um corpo amputado, que o torna objecto de *estranheza* e também de curiosidade para nós? Afinal como é a experiência de se *Ser-amputado*?

É, com base numa visão simultaneamente histórica e contextual, e epistemológica, em torno destas questões que nos debruçaremos ao longo deste estudo, motivados pela perplexidade que nos faz estremecer de cada vez que pensamos numa pessoa que foi amputada e ainda assim mantém-se viva e portanto em movimento e em relação com o mundo, com os outros, e com o seu corpo modificado. Como estudiosos da psicoterapia existencial, interessa-nos não só os processos mentais envolvidos numa determinada experiência (como o faz a psicologia clínica), mas também a relação que é estabelecida entre o cliente e as outras pessoas no seu processo de vida contextualizada, com rigor de um processo de investigação válido para a psicologia, numa atitude de inter-relação permanente entre os diferentes fenómenos que vão aparecendo à consciência, no âmbito de uma historicidade (no sentido husserliano - do tempo fluido e eternamente presente; e heideggeriano – nos conceitos de temporalidade e presença), e por isso a relação com o corpo vivido (a corporalidade) torna-se crucial, pois sem ele não há *ser-humano*.

Uma pessoa amputada, como qualquer outra, vive o paradoxo de viver sozinha a sua experiência mas ainda assim vivê-la com os outros e com o mundo no qual ela se *torna existência humana*. Há nas pessoas o *eterno retorno* ao corpo e ao mundo relacional que o acolhe, a “eterna ampulheta da existência que será sempre virada outra vez”, no sentido que Nietzsche (2000) usou em “A Gaia Ciência”. Há em cada um de nós a “eterna confirmação e chancela” de nós mesmos e do mundo que pisamos e tocamos com os nossos pés/pernas e mãos/braços em primeira instância, porque são estes membros da nossa periferia os que, geralmente, mais facilidade têm em segurar-se às coisas e nas coisas, gerando formas básicas de apego.

Perder um destes elos ao mundo talvez seja uma forma de tocar no mundo mais perto do coração, dos pulmões, do estômago, ..., e mesmo assim permanecer sustentado pela coluna cervical, tórax, lombares e sacro, que estruturam e suportam todos os órgãos vitais do nosso corpo. Quando falta um membro ou parte dele, o “tronco” humano reafirma a sua existência, e relembra-nos da sua supremacia e do quanto nos tem a dizer acerca da vida que pulsa, com ou sem membros para se estenderem para alcançar o mundo. Lembra-nos das velhas questões transdisciplinares acerca do que é mais essencial à vida. O que é afinal mais essencial à experiência de quem perde um membro? O que é afinal mais essencial na experiência de quem toca no mundo com mais proximidade (física?) da sua força motriz e vital (o “tronco”)? E haverá, de facto, algo que seja mais essencial a esta experiência?

Para já, não conhecemos uma resposta única e averiguá-las não se perspectiva um estudo pacífico, quer pela violência das imagens que uma amputação pode despertar em nós, pela escassez de estudos psicológicos nesta área (Oliveira, 2004), pela diversidade de teorias explicativas e compreensivas acerca da vivência psicológica da amputação e da perda corporal, ou pela inerente dificuldade de acesso às vivências humanas. Todavia, ao longo deste trabalho procuramos caminhar de evidência em evidência, com vista ao conhecimento das intencionalidades – ou interrelações – das experiências, como característica essencial da consciência humana (Sousa, 2001). Porém, procuramos compreender não as essências dos actos da consciência enquanto transcendentalidade das ideias (onde se pretende alcançar esses actos em si através da análise das vivências e da sua totalidade), mas procuramos compreender essas essências num âmbito da imanência, e mais circunscrito aos actos psicológicos envolvidos nos actos da experiência de se ser amputado.

O estudo da experiência da amputação

Assim, partindo das questões expostas anteriormente, escolhemos um tipo de estudo por conveniência, i.e. pela acessibilidade da recolha da amostra, pois partimos da hipótese fenomenológica de que qualquer que fosse a população escolhida na área da experiência subjectiva e qualquer que fosse o tipo de situação vivencial recolhida, não teríamos forma ou método de averiguar porque essa população e situação vivencial seria a mais relevante para ser estudada de todo o universo de problemáticas, dado que qualquer situação vivencial e experiencial é absolutamente única e relevante do ponto

de vista da análise subjectiva. Por outro lado, ao procedermos à recolha de toda a bibliografia que encontrámos na área da amputação, pudemos perceber que esta é uma área que carece de mais dados científicos na área da psicologia e da psicoterapia, e pudemos também perceber, no processo da recolha dos dados que esta foi uma população de difícil acesso, por terem revelado várias faltas de presença às entrevistas marcadas, e isso foi mais um ponto que no decorrer deste estudo nos incrementou interesse – embora estes sejam interesses à posteriori, ou conquistados em processo.

Devemos dizer que a **Revisão de Literatura** que realizámos é transversal pelas perspectivas da Psicologia empírica “causal-descritiva” (Capítulo I), da Psicanálise (Capítulo II), da Neuropsicologia (Capítulo III). Esta “viagem” tem em vista o alcance das perspectivas da Fenomenologia e Existencialismo (Capítulo IV), que, posto a introdução precedente, são consideradas por nós aquelas que, em hipótese, reúnem as melhores condições de congruência, rigor e validade para com o objecto de estudo da psicologia e porque contém bases mais sólidas ao nível epistemológico de relação entre a filosofia e as ciências humanas, e por isso, mais propícias para o estudo da experiência da amputação.

O leitor pode questionar-se então porque incluímos os capítulos precedentes às abordagens fenomenológicas e existenciais, mesmo depois das ilações e preferências apresentadas anteriormente. Simples. Para sermos rigorosos, consideramos que nenhum conhecimento só por si está completo, pois é necessário ir além dele, e conhecermos também o “mundo” no qual está inserido: no caso, as investigações que têm sido realizadas, ainda que sob diferentes paradigmas conceptuais e epistemológicos. Partes de um todo, essenciais. Estes são também parte da realidade contextual do paradigma fenomenológico-existencial, e, por isso, consideramo-los essenciais nesta procura por mais conhecimento, diálogo com a comunidade científica e, eventualmente, mais e melhores formas de ajuda no contexto psicoterapêutico. Em tom de provocação, podemos resumir o fundamento deste nosso começo através das palavras de Chuang Tzu (cit.: Capra, 2009, p. 117):

“Os ditados «não devemos nós seguir e honrar o bem e não ter nada a ver com o mal?» e «não devemos nós seguir e honrar aqueles que asseguram um bom governo e não ter nada a ver com aqueles que produzem a desordem?» mostram uma vontade de relacionamento com os princípios do Céu e da Terra e com as diferentes qualidades das coisas. É como seguir e honrar o

Céu e não ter em conta a Terra; é como seguir e honrar o ying e não ter em conta o yang. É claro que tal rumo não pode ser efectuado.”

O objectivo de tal abordagem à literatura tem como objectivo final chegarmos a uma análise fenomenológico-psicológica das experiências de pessoas com amputação de membro superior e/ou inferior, onde a escolha do método fenomenológico husserliano serve de sustentáculo a este propósito. No seguimento da Revisão de Literatura, encontramos então o **Método**, que inclui: (1) “Considerações introdutórias à metodoligia”, na qual se encontra o delineamento do estudo, e o problema em estudo; (2) “A filosofia de Husserl e o seu método fenomenológico”; (3) “Pressupostos teóricos do método fenomenológico-psicológico de Amedeo Giorgi; e por fim, apresentamos a (4) “Operacionalização do método” aplicado aos objectivos do nosso estudo. As últimas secções deste trabalho remetem-nos para a **Análise dos resultados**, onde a estrutura geral da experiência de amputação e suas variações empíricas são expostas e analisadas à luz dos seus constituintes-chave; uma **Discussão**, que pretende construir pontes entre a revisão de literatura (com ênfase daquela relativa às perspectivas fenomenológico-existenciais), pontes com os objectivos do estudo, e com os seus resultados; e para terminar, foi elaborada uma possível **Conclusão**, que não foi construída com a intenção de ser conclusiva mas sim como um passo de reflexão para novos começos e outras possíveis investigações e diálogos entre os resultados deste trabalho, a literatura, e os contributos da abordagem fenomenológica e existencial nas aplicações à psicologia e à psicoterapia, em especial no conhecimento da experiência humana, nomeadamente na amputação de membros. Por fim, deixamos explícito o desejo de que este estudo possa contribuir não só para uma outra percepção sobre os fenómenos constituintes da experiência de *ser-amputado*, mas também para as vantagens e desvantagens de estudar as dimensões psicológicas humanas através de uma outra forma de observar e correlacionar dados qualitativos.

REVISÃO DE LITERATURA

“Adverdid, Hermano Sancho, que esta aventura y las a esta semejantes non son aventuras de ínsulas, sino de encrucijadas”
(Cervantes, *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*, 1ª parte, X)

Após as reflexões de partida anteriormente apresentadas, prosseguimos com o início da nossa viagem pelo conhecimento da experiência da amputação. Como já foi dito de outro modo, dividimos esta viagem em quatro estações iniciáticas (quatro capítulos).

CAPÍTULO I

DADOS REFERENTES ÀS PESSOAS AMPUTADAS: O QUE SE CONHECE ACERCA DELAS

A incidência das amputações

Dos estimados 500 milhões de habitantes do mundo inteiro que têm deficiências físicas funcionais - cerca de 10% a 12% da população mundial (Oliveira, 2004), os estudos epidemiológicos apontam para que nos EUA, 160.000 sejam amputados, sendo a incidência estimada para os países industrializados de 1,7% (Maitre, et al, 1996). Destes, a maioria (85%) remete para a amputação de um membro inferior (Carvalho, Kunz, & Cerellini, 2005; Williamson & Walters, 1996), que pode ocorrer a vários níveis: 1) incluindo a remoção de um ou mais dedos dos pés, 2) amputação do pé, 3) desarticulação do joelho, 4) amputação transtibial (abaixo do tornozelo), 5) desarticulação do tornozelo, 6) amputação transfemoral (acima do tornozelo), 7) desarticulação superior (remoção do fêmur), 8) hemipelvectomy (remoção de metade da pélvis; Wilson, 1989). O Global Lower Extremity Amputation Study Group observou em 2000 que em 10 cidades com cerca de 200000 habitantes, a maior incidência da amputação de membro inferior dá-se a partir dos 60 anos e é mais comum nos homens.

Existe pouquíssima literatura quanto às amputações de membros superiores, porém, podemos ver que um estudo do relatório de 2005/2006 da Amputee Statistical

Database for the United Kingdom, realizado em 39 Centros Prostáticos do Reino Unido mostrou que 242 são dados referentes a pessoas que sofreram amputação de membro superior, dos quais a maior incidência é da amputação dos dedos das mãos (27%), trans-humeral (26%), e trans-radial (20%), sendo que a menor incidência remete para a amputação por desarticulações do ombro (4%), cotovelo (0,05%), e pulso (1%), e re-amputação do braço (2%). Este relatório, diz-nos ainda que a maioria são homens (62%), e ao contrário dos dados para as amputações de membros inferiores, são jovens (16-54 anos), o que é compreensível quando sabemos que, para este tipo de amputação a etiologia é maioritariamente de origem traumática (129 pessoas), apesar de também ser significativo o número de pessoas com membro superior amputado por consequência neoplásica (34 pessoas) e de desvascularização (29 pessoas).

Um outro estudo efectuado em 24 cidades da região de Ribeirão Preto (Brasil), mostrou que em 2005, 34% das pessoas havia sofrido amputação de membro(s) inferior(es), e 1,6% amputação de membro superior. Das pessoas com amputação de membro inferior, 45,9% é transtibial (perna), e 33,7% é transfemural (coxa), sendo que amputações bilaterais, parciais de pés, desarticulações (quadril/joelho/tornozelo), e associadas a amputação de membro superior equivalem a procedimentos médicos menos frequentes quando comparados com os primeiros (Relatório das Actividades da Equipe Multiprofissional de Reabilitação do SUS/NGA-59 – EMRA, 2005). Ainda através deste estudo podemos ver que a grande parte da população amputada é do género masculino, sendo as faixas etárias mais afectadas as que se encontram no intervalo [40-69 anos], correspondendo a 45,8% da população estudada.

Um estudo realizado num hospital em Bangladesh em 1996 reportou que em 366 pacientes (81%) as causas insidiam em isquemias, e 45 pacientes (10%) foram amputados devido a acidentes traumáticos (Aftabuddin et al., 1996). Buttenshaw (1993) refere que a causa etiológica mais comum deve-se a insuficiências vasculares [isquemias] periféricas, onde Carvalho et al. (2005) acrescentam que 80% destas são resultantes da diabetes, com consequência a amputação de uma extremidade inferior (William & Walters, 1996). Reportam ainda como causa principal a isquemia devido a aterosclerose, embolias, trombozes, ou infecções, mas também devido a tumores, e traumas por acidentes rodoviários, de trabalho, de guerra, ou outros, ou ainda devido a defeito congénito (Carvalho et al, 2005; Rybarczyk et al, 2000).

Não foram encontrados nas nossas pesquisas dados alusivos à população portuguesa com amputação de qualquer nível (superior ou inferior), apesar de Oliveira (2004) afirmar que estes dados têm uma “frequência elevada”.

Investigações realizadas

Pesquisámos as mais recentes investigações realizadas na área da amputação a partir dos últimos 13 anos, e percebemos que só a partir de 1995 se começou a investigar com mais frequência questões relacionadas com o ajustamento e adaptação psicossocial à deficiência. Anteriormente, os estudos insidiam sobretudo na área da funcionalidade física (Rybarczyk, Nicholas, & Nyenhuis, 1997). Os focus de interesse, relacionados com esta população, incidem com frequência sobre a amputação de membro inferior e unilateral, e pessoas com próteses, sendo que são raros os estudos realizados com pessoas com amputação de membro superior ou outro tipo de amputação. Os estilos metodológicos encontrados dividem-se em:

- 1) Investigações psicológicas empíricas com recurso a correlações e estatísticas face ao estudo de diferentes variáveis dependentes e independentes, com objectivos essencialmente preditivos, e com forte recurso à aplicação e testagem de instrumentos psicométricos, como as escalas, de auto-preenchimento e outras, questionários, e avaliações projectivas;
- 2) Explorações teóricas – no caso dos estudos correlativos entre a experiência clínica e os dados empíricos existentes, como o tem feito a psicanálise;
- 3) Investigações neurológicas;
- 4) Investigações fenomenológicas das experiências, sobretudo descritivas e com objectivos categoriais de organização dos temas mais referidos pelas pessoas, através de entrevistas e análise das transcrições *ipsis verbis*.

Investigações Psicológicas

Das pesquisas que encontrámos, o primeiro tipo de metodologia tem estudado sobretudo variáveis relacionadas com o ajustamento e adaptação psicossocial (MacLachlan, & Horgan, 2004; Rybarczyk, Szymansky, & Nicholas, 2000; MacLachlan, & Gallagher, 2000; Atherton & Robert, 2006; Livneh, Antonak, & Gerhardt, 1999), e a sua ligação com: a satisfação com a informação e reabilitação (Watanabe, McCluskie, Hakim, Asami, & Watanabe, 1999), a atitude face à imagem corporal no uso de prótese (Fisher & Rajiv, 1998), a atitude face à imagem corporal

sem uso de prótese e estigma social percebido (Rybarczyk, Nyenhuis, Nicholas, Cash, & Kaiser, 1995), as estratégias de coping (Rybarczyk, Nicholas, & Nyenhuis, 1997), o bem-estar depois da amputação (Dunn, 1996), a intervenção psicossocial (Rybarczyk et al, 2000), e a intervenção clínica (Bazhuni, 2006; Rybarczyk et al, 1997).

Nos próximos subcapítulos iremos debruçar-nos primeiramente sobre este tipo de estudos, os mais realizados ao longo dos últimos tempos, expondo a sua relação com os conceitos de adaptação, ajustamento psicossocial, coping, crise, mecanismos de defesa, perda, e luto, enquanto fundamentação de base, e o seu contributo no conhecimento do fenómeno da amputação.

Os conceitos de adaptação e crise para a psicologia

Nestes estudos, empíricos, é frequente que a noção de ajustamento (ou adaptação), ou de desajustamento à mudança somática seja o mais importante *logos* (princípio) a ser investigado. Pois, parte-se do princípio de que qualquer amputação, assim como qualquer mudança de vida, implica um período de crise, um período de instabilidade, e um período de ajustamento ou restabelecimento a um novo equilíbrio pessoal consigo e com os outros. Assim, o propósito destas investigações é centrado na procura das causas dos desconfortos e sofrimentos associados ao facto de uma pessoa ser amputada, com um objectivo de ajuda à superação dessas dificuldades.

Foi identificado num estudo longitudinal (Norris et al, 1998) que pessoas que experimentaram uma mudança significativa na aparência física ou na funcionalidade corporal, incluindo pessoas amputadas, passaram por três fases de adaptação ao longo dos 18 meses estudados: Choque inicial, seguido de “desejo de reparação” (na qual há um esforço por disfarçar a sua forma modificada e a alteração funcional), e depois há uma “reparação da sua imagem pessoal/self”. Neste ultimo estágio, as pessoas tomaram consciência das implicações da sua perda, reconheceram a sua imagem corporal alterada e incorporaram as mudanças físicas nas suas vidas, assim como mudaram a sua definição de identidade e de imagem pessoal.

Podemos ver que um momento de crise não tem de ser enfatizado pelo seu lado restritivo ou negativo, e pode antes servir a epígrafe do crescimento para o próprio

sujeito e para o meio a que este pertence (Moss & Schaefer, 1986), onde é possível recorrer à criatividade pessoal para fazer face às alterações de vida (Balint, 1985). Na perspectiva de Moss & Schaefer (1986), vemos que, em momentos de crise associadas a um problema de saúde, após o choque inicial, que leva a um embotamento emocional devido ao aparecimento da crise, segue-se uma fase que consiste na consciencialização progressiva dessa realidade e de tudo o que ela implica para a mudança da vida do indivíduo. Então, o autor propõe a passagem por cinco tarefas de adaptação à crise que, por sua vez, pressupõem a existência de determinadas competências para que sejam devidamente executadas. São elas: *a) Percepção do significado da situação*, onde o indivíduo vai fazer a tentativa para compreender as repercussões, assim como atribuir um significado aceitável e compreensível da situação; *b) Confronto com a realidade* e resposta a solicitações exteriores, o que pressupõe respostas rápidas às consequências imediatas; *c) Manutenção dos relacionamentos familiares e de amizade* que podem ajudar a ultrapassar a crise; *d) Manutenção de um determinado equilíbrio emocional* por ser capaz de lidar com sentimentos de incapacidade provocados pela crise. Muitas vezes, este equilíbrio deve-se à esperança de que há-de chegar um momento de controlo sobre a situação, por exemplo quando a pessoa se alimenta da esperança de que a cura para o problema está próxima; e *e) Preservar uma auto-imagem satisfatória* e sentimentos de competência e de domínio sobre a situação. Onde habitualmente a adaptação à crise é acompanhada por uma crise de identidade, que normalmente propulsiona uma mudança de valores e de comportamentos que surgem em decorrência da crise, e também a necessidade de ajudar outros a ultrapassar crises semelhantes.

Para alcançar qualquer forma de adaptação, o indivíduo utiliza métodos de ajustamento através de meios psíquicos e comportamentais capazes de o fazerem enfrentar um problema e reduzir a importância do *stress* sofrido por qualquer agressão a si (Dantzer, 2001). Dantzer, na obra citada anteriormente, distingue as *estratégias de acção* das *estratégias de defesa* (ou de protecção), para o ajustamento. Enquanto as primeiras cumprem o papel de resolutoras do problema, as segundas visam o controlo da emoção gerada pela situação indutora de stress – negação, intelectualização, reinterpretação, etc. Segundo a definição deste autor, existe uma grande variabilidade intra e interindividual das estratégias de ajustamento, ou seja, variam bastante de indivíduo para indivíduo, e num mesmo indivíduo de um momento para o outro, mesmo para um acontecimento idêntico.

Sholossberg (1981; cit.: Guerra, 1998) propôs um modelo que identifica alguns dos factores explicativos da adaptação do indivíduo às conjunturas onde operam mudanças/ momentos de crise na sua vida. São eles: (1) As características da própria mudança, ou transição; (2) As características do meio circundante antes e depois da mudança; e (3) As características individuais. O *primeiro factor* inclui variáveis como o tipo de mudança ocorrida, se repercute um ganho ou uma perda; a fonte geradora do estado de mudança (onde a génese interior assume uma adaptação mais fácil que no caso da fonte de stress provir do exterior, como é o caso de um acidente ou de uma incapacidade física adquirida inesperadamente); o *timing* social em que surge a urgência de mudança; e a duração e a intensidade da mudança (se é permanente, temporária ou incerta – sendo que a última assume maior fonte de stress; e se a mudança é brusca ou lenta). As características do meio (*o segundo factor*), comportam o suporte dos sistemas interpessoais, suportes institucionais e meio físico habitacional. O *terceiro factor* reflecte variáveis como: competências psicossociais, sexo, idade, estatuto socioeconómico, orientação dos valores/sistema de valores, saúde, e experiência previa em situações de mudança com características semelhantes.

O conceito de ajustamento psicossocial

O termo psicossocial tem sido utilizado para referir uma grande variedade de factores psicológicos e sociais, que se relacionam com a saúde e com a doença mental (Binik, 1985; cit.: Guerra, 1998). Binik considera que não existe termo mais apropriado para descrever as características da pessoa, nomeadamente no que se refere a: 1) Traços de personalidade; 2) Mecanismos de defesa; 3) Estados emocionais e cognitivos; 4) Factores sócio-ambientais, como e.g. avaliação da natureza do perigo, a sua eminência, a duração, a existência e qualidade dos recursos de apoio social que facilitam o processo de coping.

Para a definição de ajustamento psicossocial devemos reportar-nos à adaptação entre as solicitações do contexto e os recursos da pessoa para as enfrentar (Harrison, 1978). Assim, é a falta de ajustamento entre a pessoa e o ambiente, um dos factores que pode conduzir a vários tipos de respostas inadequadas. Segundo Guerra (1998) as manifestações de ansiedade, depressão e ideação suicida são interpretadas, exploradas e exemplificadas na literatura, enfatizando factores diferentes, apesar de um reconhecimento da supremacia da sua interligação entre eles e destes com a introdução

externa da crise – p.e. tomar conhecimento de que sofreu uma amputação ou que irá sofrê-la como algo “eterno” ou inalterável, que pode ser que seja comparada a uma “doença crónica”.

O ajustamento psicossocial é um importante foco de pesquisa na doença crónica (Taylor, 1983, 1995; cit.: Hatchett et al, 1997), o que, neste modelo conceptual, é extensível a qualquer acontecimento de vida significativo relacionado com o corpo próprio de forma “crónica” irreversível no tempo. Por isso, para o conhecermos segundo estas perspectivas devemos compreender as variáveis associadas à coesão social dos/as pacientes, as alterações dos padrões de morbilidade (quando existe), a degradação dos sistemas de suporte tradicionais e o aumento das dificuldades dos indivíduos nas diferentes fases do ciclo de vida, especialmente porque as oportunidades para fazer escolhas saudáveis dependem em larga medida dos recursos materiais e sociais disponíveis às pessoas, da informação que se tem sobre a saúde, do seu nível de escolaridade, e até, da sua situação laboral (Hardey, 1998).

Contributos para um conhecimento empírico

As dificuldades mais encontradas na literatura, e sempre associadas à medida do nível de adaptação psicológica ou psicossocial, têm sido: respostas depressivas, ansiedade, alterações da imagem corporal, alterações no funcionamento social, desconforto social, isolamento social, culpa, medo e raiva, alterações ao nível da identidade, percepções de limitações do *self*, e mudanças nas actividades habituais. MacLachlan & Horgan (2004) elaboraram uma extensa revisão de literatura que organizaram segundo 1) Ajustamento psicológico à amputação; 2) Factores associados ao ajustamento psicológico; e 3) Reacções e respostas à amputação ao longo do tempo. De seguida, e para finalizarmos este capítulo, tomaremos como referência esta organização de temas e investigações realizadas neste âmbito.

1. Ajustamento Psicossocial à amputação:

Dados relativos à depressão após a amputação:

Resultados				Instrumentos	Observações
• 21-35% dos casos (Nicholas, J., Rybarczyk, B., Szymanski, L., 2000), ou média de 29,9% (Robertson, N. & Atherton, A., 2006). • Intensidade e frequência variáveis:				General Health Questionnaire (GHQ) Millon Clinical Multiaxial Inventory; Beck Depression Inventory; Symptom Checklist-90 e Hospital Anxiety; Depression Scale; Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) - um instrumento cuja validade tem sido questionada por diversos autores e que tem apresentado valores muito elevados para a depressão	(*) Tem sido sugerindo que este fenómeno se deve a uma negação do impacto emocional que a perda do membro teve sobre a pessoa (Thompson & Haran, 1984; Parkes, C., 1975; Rogers, J., MacBride, A., Whyllie, B., & Freeman, S., 1978). Thompson, D. & Haran, D. (1984), mostrando "heroic cheerfulness" e uma tendência para negar os seus problemas emocionais (Thompson, D. & Haran, D., 1984)
Tempo após a amputação	Escalão Etário	Grau	Autores do estudo		
18 meses – 2 anos	Todos	(*) 13% reportam sentimentos depressivos; Quase 1/2 das restantes revelam risco de doença psiquiátrica	Thompson, D. & Haran, D. (1984)		
2 anos	Jovens	Elevado	MacLachlan, M. & Horgan, O. (2004)		
2 anos	Mais velhos	Baixo	Idem		
2-10 anos	Todos	Baixo	Idem		
10-30 anos	Todos	De elevado a "normal"	Idem		
Em qualquer período de Reabilitação	Mais velhos/ Idosos	Elevado	Bruce, L, et al. (1994); Penninx, B, et al. (1999)		

Tabela 1.: Dados empíricos relativos à depressão após a amputação.

A acrescentar aos dados anteriormente apresentados, é ainda de referir que, de acordo com a análise efectuada por MacLachlan & Horgan (2004), estes devem considerar que nos estudos encontrados até à data: 1) foram usadas diferentes idades e diferentes etiologias; 2) Há carência de estudos longitudinais; e 3) Têm sido usadas formas diferentes para a medida da depressão, o que tem influenciado a variância dos resultados e as taxas de sintomatologia depressiva.

Dados relativos à ansiedade após a amputação:

Resultados								Instrumentos
• 13,4% sempre a par de Depressão (Brakey, 1997; Fisher, K & Hanspal, R., 1998; Robertson, N. & Atherton, A., 2006), baixos níveis de auto-estima (8), ansiedade generalizada (Fisher, K & Hanspal, R., 1998), e qualidade de vida percebida como baixa (Rybarczyk, B, Nyenhuis, D, Nicholas, J., Cash, S., Kaiser, J., 1995; Brakey, J., 1997) • Intensidade e frequência variáveis:								Rorschach (*) Outros no âmbito das escalas e questionários de auto e hetero-avaliação
Tempo após a amputação	Escalão Etário	Grau e Tipo	Autores do(s) estudo(s)	Tempo após a amputação	Escalão Etário	Grau e Tipo	Autores do(s) estudo(s)	
1 ano	Todos	67% com ansiedade flutuante (*)	Randall, et al., (1945)	Logo após	Mais velhos	Alguns sintomas	Robertson, N. & Atherton, A. (2006)	
Logo após amputação e durante a hospitalização	Jovens	Baixo (comparado com o período posterior)	Shukla et al., (1982)	2-20 anos	Mais velhos	Sem sintomas	Robertson, N. & Atherton, A. (2006)	

Tabela 2.: Dados empíricos relativos à ansiedade após a amputação.

Dados relativos à imagem corporal após a amputação:

Resultados	Autores das pesquisas	Instrumentos
• Correlação entre elevados níveis de ansiedade e distorção de imagem corporal (1); • Associada a experiência individual, sentimentos, e atitudes que se relacionam com a forma e função, a aparência e o desejo de ter o corpo anterior (2); • Correlacionada com interações sociais e com a percepção da identidade pessoal (3); • Há tendência para se reconsiderar a imagem corporal em 3 fases: antes da amputação, sem prótese, e com prótese, muitas vezes revelando em cada uma delas embaraço, vergonha, ou revolta por terem aquele corpo (4); • Quanto mais jovem for a pessoa maior satisfação existe com o uso de próteses, maior adaptação à nova imagem e condição corporal, e maior saúde mental (5); • Em adultos mais velhos, se há maior capacidade para auto-percepção em público, há, progressivamente, maior restrição na comunicação com os outros (6); • Em mulheres é mais frequente a sintomatologia depressiva quando correlacionada com a imagem corporal percebida (7).	(1) Rybarczyk, B, Nyenhuis, D, Nicholas, J., Cash, S., Kaiser, J., (1995); Fisher, K. & Hanspal, R., (1998), e Brakey, J., (1997) (2) Taleperos, G. & McCabe, M. (2002) (3) MacLachlan, M. & Horgan, O. (2004) (4) Rybarczyk et al. (1995) (5) Fisher, K. & Hanspal, R. (1998) (6) Williamson (1995); Winchell (1995) (7) Kashani et al. (1983)	Escalas e questionários de auto e hetero-avaliação

Tabela 3.: Dados empíricos relativos à imagem corporal após a amputação.

Dados referentes ao funcionamento e desconforto social após a amputação:

Resultados	Autores das pesquisas	Instrumentos
• A imagem corporal tem sido relacionada com a auto-inclusão num grupo “estigmatizado”, de pessoas “diferentes”, ou “incapacitadas” (1), por auto e hetero confirmação, onde pessoas sem qualquer deficiência física podem assumir que a deficiência é o aspecto central da personalidade e da funcionalidade de uma pessoa que perdeu um membro, em vez deste ser visto como apenas mais uma faceta da pessoa (2), e assumirem também que isso só pode ser uma situação negativa para quem a sofre (3). Por isso, muitas pessoas evitam relacionar-se com aqueles que apresentam deficiências físicas por terem medo de lhes dizerem algo que “não devem”, ou por experimentarem ansiedade e dificuldades na sua presença (4), ou pelo contrário tendem a ser muito gentis para com estas pessoas, atribuindo-lhes impressões positivas só por terem uma deficiência física (5). Pessoas sem deficiência física consideram que quem a tem é menos afortunado do que eles próprios, enquanto algumas pessoas com amputação referem-se a si mesmos como sendo apenas menos marginalizados depois da amputação comparativamente com as dificuldades que tinham antes (6) • O estigma social pode ser medido pela correlação com a idade no momento da amputação, o tempo após a amputação, o local do corpo onde ocorreu a amputação, saúde geral, e suporte social percebido (7) • Metade da população jovem amputada visita amigos e outras pessoas com frequência desde a amputação, e cerca de um terço vai menos ao cinema, ao teatro, a eventos desportivos, biblioteca, espectáculos e bailes (8) • As pessoas idosas referem dificuldades nas actividades sociais (9), referem mais isolamento social (10), e manifestam que quando experimentam auto-consciência em público é mais fácil sentirem-se menos capazes de cuidar de outros, realizarem actividades domésticas, saírem para fazer compras, visitarem amigos, e manterem amizades (11)	(1) Goffman (1963) (2) Dunn, D. (2000) (3) Rybarczyk, B., et al. (2000) (4) Gething, L. (1991) (5) Kleck, R. (1969) (6) Frust, & Humphrey (1983). (7) Rybarczk, B., Nyenhuis, D., Nicholas, J., Cash, S., & Kaiser, J. (1995) (8) Burger, H., & Marincek (1997) (9) Nissen, S., et al. (1992) (10) Pell, J., et al. (1993) (11) Williamson, G. (1995)	Escalas e questionários de auto e hetero-avaliação

Tabela 4.: Dados empíricos relativos ao funcionamento e desconforto social após a amputação.

Apesar dos resultados encontrados, nem todos os estudos são unânimes. Alguns estudos mostram que entre pessoas de todas as idades, não existem diferenças significativas no funcionamento social ou então os níveis de desconforto social foram encontrados quer em pessoas com amputação quem em pessoas sem (Weinstein, 1985; Smith et al., 1995; Kegel et al., 1977; Peters et al., 2001). Pelo contrário, outros estudos mostram que as pessoas com amputação revelam alguns problemas sociais a mais comparativamente com as pessoas sem amputação (Nissen et al., 1992; Pell et al., 1993; Pezzin, et al., 2000; Schoppen et al, 2001a; Schoppen et al, 2001b).

fazer toda a diferença nas actividades quotidianas, p.e. de pessoas de meia idade e idosas que se sentem menos restringidas (10), e revelam níveis mais elevados de auto-consciência/percepção neste tipo de amputação (6). Porém, apesar das pessoas com amputação acima do tornozelo apresentarem níveis de reabilitação mais baixos e níveis de actividade mais baixos, não foram encontrados para estas pessoas aumentos dos níveis de ansiedade (5), sintomas gerais de psicopatologia (11), depressão (12), desconforto social (5), ou ajustamento à amputação (13). Apenas um estudo faz referência à correlação destas variáveis com o aumento dos sintomas depressivos por comparação das pessoas com amputação abaixo do tornozelo com as pessoas com amputação <i>acima</i> do tornozelo (14), e uma hipótese que tem sido levantada é estas pessoas têm uma maior sensibilidade para se compararem com o seu anterior corpo e os das outras pessoas não amputadas, por possuírem um maior nível de auto-percepção (14). • Tempo decorrido: A adaptação aumenta com o tempo (15). Existem alguns estudos que reportam uma associação entre sintomas depressivos e o tempo desde a amputação (16), e enquanto pessoas idosas tendem a melhorar o seu funcionamento psicológico ao longo do tempo, com o mesmo aumento de tempo, pessoas jovens tendem a piorar (17). No caso da imagem corporal percebida, há apenas um estudos quantitativo, e este não indica qualquer alteração significativa ao longo do tempo (18), enquanto os estudos qualitativos empíricos têm mostrado que a aceitação da mudança da imagem corporal aumenta ao longo do tempo quer em pessoas amputadas (19), quer em pessoas com incapacidades físicas em <i>sensu lato</i> (20). • Dor no membro fantasma: Este tipo de dor é tão afectada por stress, ansiedade, e depressão quanto qualquer outro tipo de dor crónica (21), sendo que a dor crónica está frequentemente associada a depressão (22), e a maioria da literatura aponta para uma correlação entre a dor no membro fantasma e depressão (23). Porém é difícil determinar a génese da relação entre a dor no membro fantasma e eventuais perturbações psicológicas (24), e no que se refere a manifestações de ansiedade, nas pessoas que experimentam dor no membro fantasma, não têm sido encontrados níveis significativos de ansiedade (25). • Dor no coto: Não existem estudos que comprovem as correlações entre a dor no coto e alterações psicológicas, tudo o que existe é um conjunto de hipóteses teóricas que referem que: se a dor pode ter um impacto psicológico, este pode manifestar-se nos níveis de actividade motora que, por sua vez, se for reduzida pode ter como consequência a frustração, depressão, e/ou ansiedade (24), uma vez que na literatura tem sido documentada a relação entre restrição da actividade e depressão (26). • Próteses: Para além de servir necessidades funcionais, servem como instrumentos que escondem a amputação e restauram uma imagem corporal “normal” ou “intacta” (105*). Sabe-se que em mulheres a ansiedade associada à imagem corporal está relacionada com baixos níveis de satisfação com as suas próteses, no que se refere a avaliações globais, aspectos estéticos, e peso (106*). Nos homens a ansiedade associada à imagem corporal está relacionada com a pouca utilização das próteses e com baixos níveis de satisfação com as suas próteses, no que se refere a avaliações globais, aspectos funcionais, e peso (106*).	Kristiansen, V., & Rosendahl, S., 1986; Steinberg, F., Sunwoo, I., Roetter, R., 1985; Hagberg, E., & Berlin, Ö. (1992) (9) Walters, R. & Perry, J., (1976); Huang, C., & Jackson, J., & Moore, N., et al. (1979) (10) Williamson, G., Shulz, R., Bridges, M., & Behan, A., 1994; Williamson, G. (1995) (11) Shukla, G., Sahu, S., Tripathi, R., Gupta, D. (1982) (12) Bhel, J., Rybarczyk, B., Elliott, T., Nicholas, N., & Nyenhuis, D., 2002* (13) Tyc, V., 1992* (14) O’Tole, D., Goldgerg, R., & Ryan, B., 1985* (15) Rybarczyk, B., Nyenhuis, D., Nicholas, N., Cash, S., & Kaiser, J., 1995; Livneh, H., Antonak, R., & Gerhardt, J., 1999 (16) Bhel, J., Rybarczyk, B., Elliott, T., Nicholas, N., & Nyenhuis, D., 2002; Rybarczyk, B., Nyenhuis, D., Nicholas, N., & Schulz, R., 1992* (17) Frank, R., Kashani, J., Kashani, S., Wonderlich, S., Umlauf, R., & Ashkanazi, G., 1983* (18) Breakey, J., 1997* (19) Taleperos, G., & McCabe, M., 2002; Noris, J., Kunes-Connell, M., Stockard, & Spelic, S., 1998* (20) Taleperos, G., & McCabe, M., 2002; Noris, J., Kunes-Connell, M., Stockard, & Spelic, S., 1998* (21) Sherman, R. (1994) (22) Haythornthwaite, J., Sieber, W., Kerns, R. (1991); Geerlings, S., Twisk, J., Beekman, A., Deeg, D., & van Tilburg, W. (2002) (23) Lindsay, J., 1985; Doan, B., & Wadden, N., 1989*) (24) MacLachlan, M. & Horgan, O., 2004) (25) Fishr, F. & Hanspal, R., 1998a; Fishr, F. & Hanspal, R., 1998b; Breakey, J., 1997; Frank, R., Kashani, J., Kashani, S., Wonderlich, S., 1984*) (26) Williamson, G., & Schulz, R., (1995; Williamson, G., (1998*). (27) (28)	hetero-avaliação, entre outros: Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES)
--	--	---

Tabela 5.: Factores directamente relacionados com a amputação

Estes dados mostram variações consoante o autor e o tipo de instrumentos e contextos utilizados, e, por isso, para além da sua validade informativa acerca das diferentes possibilidades de experiências, pode também conduzir-nos a diferentes interpretações e teorias explicativas que nos ajudem a fazer aproximações à compreensão da experiência de amputação. No capítulo que se segue exploraremos algumas dessas explicações através de algumas das perspectivas psicanalíticas.

CAPÍTULO II

O CONHECIMENTO DA AMPUTAÇÃO ATRAVÉS DAS PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS

Explorações teóricas interpretativas

O segundo tipo de metodologia mais encontrado na revisão de literatura - se excluirmos a incomensurável quantidade de bibliografia exclusivamente teórica não directamente relacionada com a amputação mas com temas que lhe podem estar associadas, como a perda, o luto, o corpo, identidade, etc. - incide sobretudo nas formas de tematizar e de complementar a intervenção clínica psicológica (Rybarczyk, Szymansky & Nicholas, 2000).

Um destes estudos foi realizado por Bazhuni (2006), que, partindo da premissa de que qualquer pessoa amputada terá a sua imagem e identidade afectada, propôs-se a verificar que técnicas projectivas e expressivas, como o jogo de areia, podem promover a elaboração de conteúdos ansiogénicos, evidenciando temas como a doença e o tratamento, o seu significado, o medo da morte e aspectos psicodinâmicos da personalidade. A autora, tal como qualquer investigador mais ortodoxo da corrente psicanalítica (i.e. enfatizando mais a teoria das pulsões e a natureza biológica do homem, e dando menos primazia às relações de objecto, ao ego e à respectiva introjecção dos objectos de afecto precoces (Greenberg & Mitchell, 2003; Fenichel, 1945), parte do princípio de que estes conteúdos estão habitualmente inacessíveis à consciência do paciente, por conterem aspectos inconscientes que podem entrar em conflito com a realidade externa (ego) e com a realidade idealizada (super-ego).

Outro investigador que propõe a teoria psicanalítica, com marcada influencia da teoria do inconsciente freudiano, aplicada ao conhecimento e ajuda psicoterapêuticas a pacientes com deficiência física, inclusos amputados, é o professor Rui Oliveira, que refere que o sucesso da adaptação à amputação depende do grau de deficiência, do grau de funcionalidade, e do nível estético da deficiência, mas pode ser auxiliado, entre outras, através de condutas clínicas onde “a organização fantasmática e os mecanismos de defesa inerentes, próprios do modelo analítico-dinâmico, se conjugem com particularidades da lesão orgânica e dos factores de risco somático” (Oliveira, 2004; p.67), para que estas pessoas possam ser ajudadas a estabelecer um “contacto mais

genuíno com a realidade interna vivida [...] capaz, assim de facilitar uma verdadeira via transformadora do espaço mental” (p.67). As suas afirmações são sustentadas pelas suas investigações que referem que as pessoas com incapacidades físicas frequentemente apresentam: (1) Imaginação que não é estimulada nem é estimulante, com respostas concretas e interesses e preocupações que se vão reduzindo e empobrecendo evitando explorações acerca do futuro, o que para o autor é um sinal de uma escassa e defensiva mobilidade psíquica; (2) Vivência das ansiedades, especialmente da angustia de castração; (3) Recurso a temáticas decorrentes dos aspectos narcísicos da personalidade; e (4) Comportamentos de dependência afectiva dificultadores da capacidade de iniciativa, autonomia, ambição, e ideias, e facilitadores de reacções contratransferenciais paternalistas por parte dos terapeutas.

Tal como nas investigações psicológicas empíricas apresentadas no capítulo I, explorações teóricas como as de cariz psicanalítico têm enfatizado com frequência a importância do estudo da alteração da imagem corporal e da sua relação com a reestruturação da identidade e integridade pessoal, que é sempre fruto de um momento de crise e carente de um necessário e desejável processo de luto pela perda do membro (Oliveira, 2004, p.63-67), uma vez que:

“Embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele.” (Freud, 1917, p.1).

Para pensar o momento de crise, devemos ainda ter em conta que, apesar de existirem diferentes perspectivas psicanalíticas, a identidade e integridade pessoal está nelas sempre associada à noção de self, e é em torno das suas diferentes características e padrões comportamentais que surgem diferentes abordagens psicanalíticas ao longo dos tempos: ora mais focadas para a sua natureza inconsciente, orgânica, e pulsional - e por isso fazendo uma maior distinção entre o dentro e o fora do eu (o self) e o objecto -, ora mais focadas para a sua relação integradora com o mundo, com o corpo, e com os objectos no geral (Greenberg & Mitchell, 2003). Em comum, as diferentes perspectivas psicanalíticas têm, não o consenso da existência de inconsciente, mas sim o consenso de que qualquer movimento (real ou imaginado) efectuado por qualquer pessoa, é guiado por matrizes arcaicas iniciadas na infância com as figuras parentais.

Deste modo, uma pessoa que sofre uma incapacidade física, pode recorrer, inconscientemente, a mecanismos de defesa de ordem regressiva, adoptando comportamentos de dependência, ou outros, ou pode sofrer uma desintegração “do sentido da unidade do self capaz de alterar as relações entre o corpo, o ego, e os outros” (Oliveira, 2004), e por isso necessitar ajustar-se às novas condições pessoais e interpessoais conhecendo os seus padrões de funcionamento habitual e a origem dos seus conflitos na relação com os outros. Em todo o caso, a literatura aconselha a passagem por um processo de luto, e, na sua ausência ou dificuldade, a investigação acerca dos mecanismos de negação, recalcamento, projecção, formação reactiva, e regressão, para além dos vários distúrbios emocionais, da baixa auto-estima, e dos fenómenos de perda de identidade que se possam desenvolver (Oliveira, 2004).

A crise: pela perda e, desejavelmente, com luto

Para a elaboração de um processo de luto considerado “saudável”, a literatura empírica dominante aponta para uma média de 6 meses a 2 anos de “crise” (Monteiro, 2005). Uma vez que a partir deste período, os níveis de angústia e as taxas de humor deprimido correm o risco de serem diagnosticados como “patológicos”, ou ameaçadores do desenvolvimento efectivo da pessoa para estados de humor e/ou de funcionalidade cognitiva abaixo dos valores normativos, onde podem ocorrer sintomatologias físicas: distúrbios alimentares, alterações do sono, somatizações, ...; e psíquicas: dificuldade de concentração, desinteresse, irritação, agressividade, tristeza, necessidade de se fechar sobre si próprio (Melo, 2008), ou ainda, se tomarmos como referência a descrição do DSM IV, onde o luto é identificado por sintomas, pode ocorrer: acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalorização, ideação suicida, manifestações psicóticas ou lentificação psicomotora.

Tal como nas perspectivas empíricas, as teorias psicanalíticas consideram que a adaptação à crise aponta para a necessidade de percorrermos sempre estádios de desenvolvimento evolutivo: da perturbação “normal” à actuação mais integrada e estabilizada - como preconiza qualquer perspectiva estruturalista e desenvolvimentista. Assim, existem reacções características de cada fase, e na perda de uma parte ou função do corpo, é típico observarem-se processos de sofrimento e lamento durante mais tempo do que o que é observado na perda da visão, da audição, em transplantes cardíacos e

renais, na hemodiálise, na lepra, na cirurgia estética, ou em reconstruções cirúrgicas vaginais (Tourkow, 1974).

Quando a perda é súbita são descritos estados severos de despersonalização durante um ou vários dias, seguindo-se um estado de sofrimento agudo. Quando a perda é mais gradual, e se os fisiatras ajudarem o paciente e a sua família a antecipar a perda, o paciente tem a oportunidade de começar a fazer pelo menos parte do seu luto antecipadamente (Blank; cit.: Tourkow, 1974). Na psicanálise é ainda referido que as diferenças entre as reacções interpessoais de pessoas amputadas são especialmente determinadas pelas adaptações pré-existentes, pelas relações de objecto, pelos conflitos intrapsíquicos, pelos factores da realidade, e pela qualidade dos serviços médicos e de reabilitação (Tourkow, 1974). Sendo possível que ocorram reacções depressivas com introjecção de agressividade e “identificação com o mau objecto (= mau corpo), [e] regressões afectivas e necessidades novas de segurança e protecção, acompanhadas de ansiedades desestruturantes que podem ser jogadas nas redes de relações, das mais intimas às sociais ou, mesmo, nas mais distantes emocionalmente” (Oliveira, 2004), especialmente se o paciente já tiver sofrido perdas ou traumas físicos e psicológicos, ou dor crónica na qual a vida do paciente está em constante perigo, e na qual o tratamento imponha um estado severo de dependência ansiosa (Tourkow, 1974).

A perda do objecto

Resultados empíricos com base na teoria clássica psicanalítica (relações de objecto dependentes da teoria das pulsões/ os aspectos intrapsíquicos da deficiência) indicam-nos, segundo diferentes autores:

Segundo Siller (1995), o narcisismo é visto como factor geral nas reacções à incapacidade/perda; assim como a Regressão afectiva, que pode apresentar 5 níveis, sendo que a localização do desenvolvimento psicológico situa-se entre um nível pré-genital (nível 5) e a ansiedade de castração (nível 3, sendo esta a mais significativa). Para este autor, relação entre ansiedade de castração e medo de separação é evidente assim como a necessidade de que haja uma medição da força do ego, das relações de objecto e do narcisismo, pois, para si, há relação indirecta mas consistente entre ansiedade de separação e deficiência e estigmatização e medo da perda do objecto.

Os resultados empíricos com base nas relações de objecto menos dependentes das pulsões indicam-nos, que, segundo Follansbee (1981) e Kernberg's (1966), são devidas a ansiedade de castração, ansiedade e representação do objecto (análise de sonhos), fracas correlações ainda que suportadas, e a necessidade de ter uma abordagem teórica na base da investigação (Fine, 1979; Siller, 1995). Ou então, como refere Gladstone (1977), existe um funcionamento do ego para manter equilíbrio psicológico, sendo que as pessoas com defesas mais rígidas apresentam maiores níveis de ansiedade, capacidades adaptativas menores, mais estereótipias de comportamento, e sensações de que o mundo é potencialmente perigoso. Para estes resultados, este último autor aconselha o instrumento: "Defense Mechanism Inventory". Mas podemos ver ainda que para Baracca (1991), podemos registar a vulnerabilidade narcísica através de correlações alcançadas através de escalas como as "Disability Factor Scales" de Siller.

Tendo em conta estas investigações e os seus fundamentos interpretativos psicanalíticos, podemos ver que a pessoa amputada pode apresentar algumas destas dimensões comportamentais e de dinâmica psíquica quando se vê perante uma ruptura com a sua identidade de até então, e é inevitável um trabalho de luto por si próprio, "procurando no entanto uma linha condutora e integradora da sua identidade – vê-se obrigado a transformar-se para continuar a ser quem era, mesmo que fisicamente diferente" (Oliveira, 2004).

Desintegração do corpo e afectação da imagem corporal e/ou do self

Quando uma parte do corpo é amputada, a relação do self com o corpo pode ser perturbada tal como também pode haver uma alteração da imagem corporal, pois, à luz da teoria do self de Meissner (1997a), refere que, em certas condições clínicas, uma alteração da experiência da relação do self com o corpo perturba a estabilidade de toda a pessoa, na medida em que a experiência espacial afecta simultaneamente todo o corpo.

Meissner (1997a) faz a distinção entre o corpo ("body"), o self do corpo ("body self"), e a imagem do corpo ("body image"), onde o primeiro é referente ao corpo físico e orgânico no momento, o segundo refere-se à estrutura psíquica que forma um componente integral do sistema do self que se reflecte na unidade orgânica do corpo e do self, e o terceiro remete para o conjunto de imagens organizadas em representações do corpo que constituem os aspectos corporais das representações do self e estão

correlacionadas com as experiências do self. Este autor parte das noções freudianas de que os instintos primordiais são manifestações naturais de que o self parte sempre a partir do substrato do seu corpo físico. Avança depois pela teoria existencialista sartreana de que o self não só parte sempre do corpo próprio como também *é* o seu corpo, e elabora que o “self-enquanto-objecto” (como Freud preconizava, ao colocar o inconsciente como dominador fundamental da actividade humana e os instintos nunca como objectos de awareness, ou como Sartre defendia, ao conceber o eu como algo “para-o-outro”) pode ter uma conexão com o “self-enquanto-agente”, valorizando a experiência enquanto tal. Para isso, este autor resgata os conceitos husserlianos de intencionalidade, referindo que:

“I experience my body as na integral part of myself when I act intentionally and consciously through bodily functions, let us say to pick up a pen and write, the hand functions as part of an internal instrumentality governed by counscious intentionality. If I do not “know” my body in this sense, I certainly experience it in action. If the knowing is not caught on the horns of representational thinking (Henry, 1993), the vitality of experienced action in such cases speaks to the integration of the body self with the self-as-agent.” (Meissner, 1997a)

Assim, quando há uma amputação, a dissociação corporal é real, e necessariamente experimentada no “body self”, e, ao contrário do que acontece nas autoscopias, experiências de fora do corpo, nas despersonalizações, ou mesmo nas paralisações de membros, na amputação deixa de haver qualquer ligação neurológica e fisiológica real ao(s) membro(s) extraídos, e a “prova do real” não dá espaço para a dúvida de que a integração da nova percepção e experiência corporal necessita de ser re-integrada entre o “body self” (real e experiencial) e a “body image” (esquemática e representacional: afectiva, cognitiva, verbal). Segundo Meissner (1997b), o sentido do “body self” é tanto mais afectado quanto mais a mudança provém de partes significativas destacáveis do corpo (e.g. dentes, genitais, nariz, ≠ cabelo e unhas), ou ainda mais se estas decorreram desde o interior do corpo (como tecidos, órgãos e ossos).

As próteses como objectos do que não é self

Ainda segundo Meissner (1998), foram identificadas diferenças entre o self e o que lhe é exterior, ou o que sai das suas fronteiras, como é o caso de objectos que são ingeridos, o feto durante a gravidez, infecções causadas por parasitas, tumores, transplantes, e próteses internas (como é o caso de *pacemakers*, válvulas para hidrocefalia, implantes de silicone usados na cirurgia estética e reconstrutiva,

articulações ortopédicas artificiais, etc.) e próteses externas (dentaduras, aparelhos correctores de placa dentaria, óculos, lentes de contacto, brincos, órteses ortopédicas, etc.). Este autor refere que uma pessoa que perde uma perna por amputação pode passar pela aprendizagem de andar com um membro artificial preso ao coto e este pode vir a ser progressivamente assimilado à funcionalidade corporal e pode vir a ser experimentado quase como parte integrante do corpo, e por isso integrado na imagem corporal.

Sabendo que “As perdas de capacidades significam essencialmente e a um nível fundamental, “perdas” de aspectos do próprio ego” e sabendo que “Na fase inicial [da perda da funcionalidade corporal ou outra], a consciencialização das incapacidades e desvantagens pode ser extraordinariamente desintegradora do sentido de unidade do self, capaz de alterar as relações entre o corpo, o ego e os outros” (Oliveira, 2004), seguindo uma lógica hipotética psicanalítica, pode ser que o uso de próteses possa ser uma decisão intercorrente de um momento de re-integração da unidade do self.

É ainda de referir que Meissner (1998) aponta para uma diferença na integração de próteses internas e externas: em primeira instancia devemos observar fenomenologicamente que uma prótese externa, contrariamente a uma prótese interna, pode ser colocada de manhã e retirada à noite, pode ser vista, e implica um ajustamento mecânico consciente ao seu funcionamento, o que implica também uma relação mais profunda e significativa entre o “body self” e “body image”, pois existem conexões afectivas mais próximas com as que são elaboradas com objectos que não pertencem ao self, ao contrario do uso de próteses internas que se confundem mais com o body self devido às suas distintas características, nomeadamente a sua visibilidade, manuseamento, e autonomia funcional não-consciente. Contudo, existem incertezas quanto ao efeito dos vários tipos de próteses, pois, segundo Meissner (1998), o grau de integração de um transplante cardíaco pode ser um ponto determinante no funcionamento psicológico, nomeadamente em questões como a auto-estima, investimentos narcísicos relacionados com as funções e capacidades corporais, implicações nas relações de objecto, no sentido de competência, auto-valor, entre outras questões.

As causas da dor no membro fantasma

Uma reacção habitual resultante da perda de um membro, e muitas vezes concomitante com o início do uso de prótese, é a identificação de um membro fantasma e de uma dor que é muitas vezes associada a ele. As teorias psicanalíticas mostraram numa fase inicial que havia evidências de psicopatologia em pessoas amputadas que experimentam dor no membro fantasma (Frazier, 1966; Kolb, 1954; Weis, 1958; Simmel, 1959; cit.: McLachlan, 2004), assentando as suas hipóteses teóricas num esboço de uma teoria psicossomática onde a dor fantasma teria mais probabilidades de ocorrer em partes amputadas que tivessem maior importância para a imagem corporal da pessoa (Weiss, 1956; Frazier & Kolb, 1970; Solomon, Schidt, 1978; cit.: McLachlan, 2004), sendo que essa dor podia surgir quando havia uma negação à acção/actividade/mobilidade (Weiss, 1958; cit.: McLachlan, 2004). As teorias psicanalíticas mais recentes já não defendem esta ideia de “sinal de negação” ou “disfunção psicológica” quanto às pessoas com amputação. Existem vários argumentos que rejeitam esta perspectiva, entre os quais Katz (1993) refere que a dor no membro fantasma pode ocorrer em indivíduos que não perderam nenhum membro (Melzak & Loeser, 1978), e que mesmo pessoas parecem adaptadas com sucesso à sua amputação, podem continuar a experimentar dor no membro fantasma mesmo durante anos após a cirurgia.

Segundo a teorização psicanalítica de Szasz (1955), o significado da dor pode ser dividido em dois grandes grupos. Analogamente ao significado precoce da ansiedade, a dor também sinaliza a proximidade de um determinado perigo (que em fases mais avançadas do desenvolvimento psicológico, dará lugar ao accionamento de mecanismos de defesa). Tanto a dor como a ansiedade surgem mais autónomas, especialmente a partir da primeira fase de diferenciação do ego em relação aos objectos, com a diferença que de que a dor está sempre associada ao corpo e à sua integridade, e a ansiedade está associada à relação do self com os objectos.

Deste modo, e segundo o autor suprarreferido, a dor pode indicar uma disrupção de continuidade do corpo e o perigo de perder uma parte do corpo, o que inclui, obviamente, tudo o que é coberto pela pele. O termo “parte do corpo” refere-se a partes do corpo que são categorizados como objectos e que podem ser destacados, ou “perdidos”, o que pode incluir não só estruturas anatómicas como também “funções”,

como a visão, ou a audição. Contudo, a dor também pode ser uma reacção contra o perigo de excessiva estimulação, e esta situação aplica-se a partes do corpo que estão localizadas a nível mais profundo/ interno desde a superfície dérmica. Esta última hipótese assenta no princípio da constância enunciado por Breur e reafirmado por Freud (Greenberg & Mitchell, 2003, p.48). Em ambos os tipos de dor, a ansiedade é sempre indissociável, o que nos recoloca perante a natureza das ligações entre o corpo self, a imagem corporal, e os objectos, i.e. perante a importância da compreensão das relações de objecto enquanto sistema integrado e fundado nas sensações corporais (Fenichel, 1945), nomeadamente no que se refere à experiência da pessoa com amputação.

Consequências da amputação nas relações interpessoais

É dito pela psicanálise que “as perdas de capacidades significam essencialmente e a um nível fundamental, “perdas” de aspectos do próprio ego, destruturando os relacionamentos a múltiplos níveis” (Oliveira, 2004), e é dito também que estas perdas provocam dor psicogénica (Szasz, 1955), que está inevitavelmente associada à vivência da ansiedade, que por sua vez, nas teorias psicanalíticas contemporâneas da relação/estrutura, está sempre associada às relações interpessoais estabelecidas entre as pessoas e objectos do mundo, afastando-se do modelo ortodoxo da estrutura/pulsão (no qual “a realidade social constitui um revestimento, um verniz sobreposto aos fundamentos mais profundos, mais “naturais” da psique constituída pelas pulsões” (Greenberg & Mitchell, 2003, p.108). No caso das pessoas com amputação, esta incapacidade adquirida é:

“Capaz de provocar disrupção do percurso normal de vida, alterando o significado personalizado das noções de tempo, espaço, e capacidade judicativa [uma vez que] A doença contextualiza-se individual e socialmente, afectando o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação com o meio envolvente. O sujeito confronta-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares como até então sucedia.” (Oliveira, 2004).

Para a psicanálise contemporânea, na qual a ênfase de investigação tem sido colocada nas funções egoicas e nas suas relações de objecto, as interacções interpessoais devem ser cuidadosamente analisadas à luz dos fundamentos destas interligações. Portanto, não podemos descorar o enquadramento das diversas teorias das “relações de objecto”, nas quais “a criação e recriação de modos específicos de relação com outros substitui a descarga da pulsão como força que motiva o comportamento humano”

(Greenberg & Mitchell, 2003,)), colocando a tónica de investigação na análise do contexto social e cultural, e da história da pessoa. Segundo Oliveira (2004), “só por si, o novo estado do corpo pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo, passando a doença a constituir um marco importante e determinante na história pessoal de vida”, capaz de provocar as reacções regressivas, necessidades de protecção, e ansiedades destruturantes já referidas ao longo deste capítulo.

Existe consenso entre os autores psicanalíticos, ortodoxos ou contemporâneos, acerca da importância das relações de objecto no sentido que é dado pelas pessoas à sua vida e a si próprios, porém, deparamo-nos com inúmeras divergências na primazia desta dimensão quando comparada com a primazia da realidade intrapsíquica (dita “profunda”) e marcadamente biológica, que procura mais relações de causalidade interpretativa entre ligações obscuras e “internas”, e menos relações de causalidade e compreensão baseada na realidade observada no curso nas interligações corpo-mente, self-corpo, self-outros, etc.. Contudo, em qualquer dos casos, a análise e teoria psicanalítica aponta para o estudo das fases de desenvolvimento do ego e da sua relação com o corpo, que pode ser visto como corpo do self, enquanto objecto vis-a-vis do ego (Szasz, 1955; Schilder, 1923), ou então como corpo-self (Meissner, 1997, 1998a, 1998b, 1998c), ou, colocando noutros termos, entre os aspectos individuais Vs sociais, passivos (estáticos) vs activos (em movimento), entre o crescimento do conhecimento por algoritmos Vs através de uma espiral relacional, entre os deficit da pessoa Vs os conflitos interpessoais/ entre objectos, entre o conhecimento interno Vs externo, entre a experiência analítica de Decartes e o a dialéctica de Hegel (Rendon, 1986), na procura de uma síntese, que vai caminhando na tensão criada entre a tese e a antítese. Não foram encontradas teorias explicativas psicanalíticas das relações objectais que fizessem referência explícita ao estudo da experiência de amputação, para além de algumas ideias gerais acerca de eventuais implicações como consequência da perda de função corporal, relacional, cognitiva, etc., como foi referido ao longo deste capítulo II.

Neste ponto da nossa investigação, percebemos que continuamos a debatermo-nos com as dicotomias corpo-mente, na procura das relações entre o biológico, o cultural, o social, e o interrelacional do homem no geral, e da pessoa que sofreu amputação de um membro do seu corpo em particular. Continuamos a procurar compreensões para a experiência da amputação, até agora sempre tão centrada em torno da perda orgânica e

das suas consequências, colocando-a entre as experiências traumáticas - por oposição ao que acontece nas deficiências congénitas - uma vez que no amputado por acidente ou doença, o desenvolvimento do *self*, da imagem corporal e das relações de objectos foram sendo desenvolvidas no contexto da presença desse órgão ou membro ao longo da sua vida até ao momento da amputação (Wilson, 1971).

No capítulo que se segue prosseguiremos esta pesquisa, desta vez tentando compreender o estado de arte no que se refere à dimensão orgânica da amputação e como os estudiosos desta área têm considerado as suas relações entre o psicológico e o universo dos objectos do mundo.

CAPÍTULO III

CORPO AMPUTADO, CARBÓNICO, PALPÁVEL, E MENSURÁVEL: NA PROCURA DOS FACTOS

O corpo físico do *indivíduo* amputado

Ser físico é “ser-ligações” que nos tornam indivíduos *indivíduos*. O corpo orgânico é composto carbónico, agregado por forças de *Van der Waals*, forças físicas de atracção e repulsão criadas por iões, e também por pontes químicas de hidrogénio, as ligações orgânicas mais intensas da natureza, mas que também são pontes frágeis quando medidas com todo o tempo, eterno, que gostaríamos de viver, ou se preferirmos quando comparadas com toda a estabilidade e permanência que tanto desejamos nas nossas vidas. As pontes de hidrogénio, por serem tão intensas, podem ainda fundir ou colocar em ebulição as moléculas que agregam, tornando o corpo humano um comburente, pela sua composição necessária de carbono e oxigénio (Hornby & Peach, 2000, p.1-18; Winter, 2005, p.19-40). Dado esta base química, a cada momento, o nosso corpo orgânico é facilmente desintegrado, é mortal, e é passível de ser transformado, aliás, esta é uma das condições básicas para a sua existência ao longo do tempo, desde a infância e seu nascimento até à velhice e à morte. Mas não é apenas consumível, “gastável”, é também resistência ao fogo do tempo e das mudanças que nele operam, é adaptável: as pontes de hidrogénio só não se quebram facilmente porque para além de coesas pelas forças electrostáticas também são flexíveis, porque se movem consoante as

necessidades de nutrição e oxigenação das células vitais, e se for necessário este nosso corpo também pode ser rígido como uma pedra, como vemos a olho nu nos estados catatonicos, ou como vemos nos órgãos e compostos sólidos do nosso organismo. Neste corpo coeso e simultaneamente desagregável, a luta entre diferentes forças é constante.

Para além da sua condição ambígua, que é precária no tempo e na intensidade das ligações, mas também persistente na experiência de continuidade e das forças de ligações que lutam pela estabilidade máxima – algo se mantém para que este seja o *meu* corpo –, podemos também constatar estes princípios, porque o corpo humano é palpável, comprovável de uma existência física que tem um funcionamento autónomo, sujeito a leis naturais - verificáveis -, também é não voluntário, não consciente, inconsciente, ou não reflexivo, consoante a corrente biológica, psicológica ou filosófica que o descreve. Porém, com a necessidade de ser realizada uma amputação de um membro, há juntamente com a capacidade autónoma, a interferência da vontade humana de agir sobre o tempo, a fim de torná-lo mais curto na experiência da putrefacção, da quebra óssea, ou do esmagamento muscular, para que se possa tornar menor o sofrimento.

Também entre a autonomia corporal - dada pelo nosso sistema nervoso autónomo (SNA) - e a deliberação em situação - fundada pelos nosso sistema nervoso periférico e central (SNP e SNC) -, encontramos o *ser humano*. Mas também na área mais organicista “objectiva”, continuamos porém sem saber o que liga estas duas acções e as suas acções e intenções, que relação pode ser estabelecida, para além das descargas libidinais e das relações de objecto que podem influenciar o desenvolvimento e as mudanças ao nível do self e da identidade de quem sofre uma amputação. Continuamos a pesquisa em busca da experiência de continuidade e de perda de um membro, e de momento centraremos-nos no conhecimento do funcionamento orgânico dessa experiência e do que nos dizem as pesquisas. As questões epistemológicas relativas ao quê e ao como é que algo permanece - ao quê e ao como é que se dá a identidade e a perda -, relativas ao como e ao quê que muda com o tempo e no espaço, apesar de aliciante, deixemos estas questões para um outro momento de reflexão e pesquisa, pois o presente trabalho pretende ser apenas o início de uma longa caminhada de aprendizagens.

Durante as primeiras décadas de investigação no âmbito das amputações, o foco de interesse ocorreu face à funcionalidade objectiva das pessoas que perdem um membro, com medições dos níveis de força, equilíbrio, etc. (Velzen, Bennekom, Polomski, Woude, & Houdijk, 2006). Posteriormente, como já vimos no Capítulo I, começou-se a alargar o estudo da amputação às suas dimensões psicossociais, e no decorrer deste caminho científico de busca pelas interrelações, tensões, e comunicações entre diferentes áreas do corpo e do conhecimento, a neurologia têm procurado nos últimos anos as ligações da amputação aos automatismos do corpo, especialmente no que concerne às reacções e readaptações sensoriais somáticas, uma das primeiras vias de comunicação entre tecidos, e entre o corpo e o exterior, e também no que concerne às respostas imunitárias de quem experimenta uma amputação. Veremos de seguida como estas áreas têm respondido à dúvida acerca das interacções “amputação-experiência”.

Reacções autónomas à amputação

O sistema somatossensorial como um decodificador da experiência:

A conhecida concepção de que temos cinco sentidos é demasiado simples, e limitar a experiência da amputação ao que se relaciona com a sua percepção auditiva, olfactiva, visual, gustativa, e a sensação vestibular de equilíbrio, é insuficiente para descrevermos toda a diversidade de sensações que podem ser percebidas não só através dos órgãos especializados dos sentidos, como também através do sistema sensorial somático (Bear, Connors, & Paradiso, 1998, p.309). Para estudarmos a experiência da pessoa com amputação é conveniente que não percamos de vista que, nas suas bases biológicas essenciais, as sensações do tacto, temperatura, posição corporal, e a dor, sustentadas pelos receptores da sensibilidade somática, podem sustentar muitas reacções à amputação mesmo que de forma silenciosa ou, pelo menos, discreta.

Segundo Bear et al. (1998, p.310), entre os receptores sensoriais somáticos conhecemos os que proporcionam informação directa sobre o meio externo, como os mecanorreceptores da pele, os nocirreceptores, e os termorreceptores, e os que para além dessa informação também podem proporcionar informações acerca do meio interno, como os proprioceptores e quimiorreceptores. Os primeiros são sensíveis à deformação física, como a flexão ou o estiramento, monitorizam em todo o corpo o contacto com a pele, a pressão do coração e dos vasos sanguíneos, a distensão dos

órgãos digestivos e da bexiga, e a força contra os dentes, através de axónios não mielinizados (condução mais lenta) com canais iónicos mecanosensíveis. Os nocirreceptores são terminações nervosas ramificadas que detectam de forma mecânica, térmica, química ou polimodal, as lesões ou o risco de sofrer-las nos tecidos corporais, incluindo a pele, ossos, músculos, a maior parte dos órgãos internos, vasos sanguíneos, e coração, e encontram-se ausentes no cérebro, com excepção das meninges. Os termorreceptores encontram-se na pele e são diferenciados para o calor e para o frio em localizações diferentes nos tecidos da pele com origem na mesma, e diferentes dos neurónios sensíveis à temperatura agrupados no hipotálamo e na medula espinal que regulam as respostas fisiológicas que mantêm a estabilidade das temperaturas corporais.

Os quimiorreceptores, ou sentidos químicos (Bear et al., 1998, p.190), encontram-se em algumas terminações nervosas da pele e das membranas mucosas, outras informam-nos subconscientemente e conscientemente acerca do nosso estado interno, como nos órgãos digestivos, que nos informam acerca das substâncias ingeridas, os receptores das artérias do pescoço detectam os níveis de oxigénio e dióxido de carbono no sangue e as terminações sensoriais dos músculos respondem à acidez proporcionando-nos a sensação ardente com o exercício e a necessidade de oxigénio. Os proprioceptores, tal como a etimologia da palavra indica, refere-se ao que pertence a “si mesmo”, por isso indicam-nos onde se localizam no espaço as partes do nosso corpo, se elas se movem e em que direcção e com que rapidez. A propriocepção ajuda-nos a conhecer as posições das nossas extremidades à que medida se movem, e a identificarmos as coisas, sendo também essencial para orientar os movimentos (Bear et al., 1998, p.318).

Os diversos estudos neurológicos que têm sido realizados com pessoas com amputação de membros têm incidido as suas investigações especialmente sobre as alterações a nível da propriocepção e da sensibilidade cutânea (Kavounoudias et al., 2005; Kuiker et al., 2008), das respostas a inputs pelas vias aferentes e as implicações na reorganização cortical (Mackert et al., 2003), reorganização somatotrófica (Ertem et al., 2006), inputs visuais (Ramachandran, 1998) e tácteis na consciência do membro fantasma (Hunter et al., 2006), reorganização cortical na acuidade táctil (Vega et al., 2002), e funções sensoriais e motoras residuais (Dhillon et al., 2005). São estudos acerca das dimensões dos órgãos sensoriais, e do sistema somatossensorial (córtex

somatossensorial e vias aferentes/ascendentes da sensibilidade), i.e, as ligações entre o corpo e os estímulos do meio, e as ligações entre o corpo consigo mesmo: uma outra via para abordar a relação eu-outro e eu-eu, em simultâneo com o estudo do que se mantém e do que se transforma após uma amputação, desta vez fundado pela plasticidade cerebral e pela organização motora, levando a sensibilidade pessoal ao que nela se pode objectivar. Assim continua-se a tradição naturalista de investigar os sistemas funcionais, porém, na actualidade já assistimos à preocupação de não se recorrer a separações entre o cérebro e o restante corpo.

A plasticidade cortical e o sistema somatossensorial na amputação

Na amputação não ocorrem lesões cerebrais, e o que é afectado directamente são as raízes dorsais e vias afectoras, periféricas (Mackert et al., 2003), apesar destas acabarem por ser influenciadas na sua ligação dos receptores somáticos sensoriais, às comunicações espinotalamicas com as consequentes alterações a nível da transmissão de informação térmica, mecânica, dolorosa, e proprioceptiva (Bear et al., 1998; Habib, 2000). Assim, como em qualquer experiência de aprendizagem ou de alteração de padrões de conduta, a plasticidade cerebral opera reorganizando a sua topografia e funcionalidade somatotrófica (Ertem et al., 2006), e no caso de amputação, há uma reorganização das zonas de representação corporal por expansão da zona representante da lesão corporal às zonas cerebrais adjacentes (Marcel et al., 2003), mas também é possível que aconteça regeneração de fibras aferentes (Kuiken et al., 2008). Com base nestes conhecimentos, têm sido estudadas as alterações aos estímulos e reacções aos padrões habituais após amputação de membros superiores e inferiores (Dhillon et al., 2005), e amputação de dedos (Vega-Bermudez & Johnson, 2002).

Observou-se que quando são lesados nervos periféricos, são preservadas algumas funções sensoriais e motoras (Dhillon et al., 2005), mas estas não tendem a melhorar ou modificar-se com a continuidade da experiência ao longo do tempo ou com treino, sendo que a melhoria do controlo voluntário da actividade neural motora é similar aos padrões observados em indivíduos sem amputação quando desempenham tarefas motoras. Isto é uma evidencia de que após a amputação, não existe substituição de conexões sinápticas, mas existe antes uma manutenção das capacidades que já existiam antes da amputação, com a diferença de que agora aplicado a menos uma parte corporal. Assim, apesar das evidencias da plasticidade cortical, e na amputação uma

reorganização especialmente do córtex somatossensorial (Vega-Bermudez & Johnson, 2002; Mackert, et al., 2003), não foi encontrado nem confusão entre funções, nem melhoramento de capacidades, e nem a expansão cortical que se presume acompanhar a amputação de dedos com efeitos no padrão táctil da performance de reconhecimento (Vega-Bermudez & Johnson, 2002), nem a amputação de membros superiores ou inferiores aumenta as funções sensoriais e motoras existentes antes da amputação por não alterar a capacidade de estabelecer redes sinápticas sensoriais e motoras (Dhillon et al., 2005).

Partindo ainda da noção de reorganização cortical após uma lesão corporal, foi ainda identificado que após amputação de uma perna podem ocorrer alterações na sensibilidade ao toque e ao movimento da perna intacta, sendo estes resultados mais evidentes em pessoas que sofreram amputação traumática, comparativamente com pessoas que sofreram amputação por causa vascular, e comparativamente com os grupos de controlo (Kavounoudias et al., 2005). Podemos assim perceber que as mudanças sensoriais tácteis e motoras na perna não amputada são evidentes, e que no que concerne ao movimento podemos concluir que a noção de simetria (percepção dos dois lados do corpo) é essencial para as capacidades motoras, apesar dos significados funcionais/práticos ainda não serem totalmente conhecidos (Kavounoudias et al., 2005).

A representação do corpo no lobo parietal e cortex somatossensorial

Ao contrário do que acontece nas agnosias, com incapacidade para identificar objectos, e no síndrome de negligência, no qual uma lesão nas áreas parietais posteriores provoca o não reconhecimento ou a supressão e negação da existência de uma parte do corpo ou de uma parte do mundo que se vê (Sacks, 1998), numa amputação, as zonas parietais só são afectadas na medida da lesão periférica no membro removido e da qualidade da enervação do membro residual.

As zonas parietais posteriores referem-se à sensibilidade somática, estímulos visuais e estados de atenção, à percepção, e aprendizagem das relações espaciais, sendo essencial na formação da imagem corporal e na aprendizagem relacionada com a coordenação do corpo no espaço, de forma a que possa ocorrer uma integração completa da informação somatossensorial com a proveniente de outros sistemas sensoriais, em especial da visão (Bear et al., 1998). Por isso, e tendo em conta que o sistema somatossensorial é o mais afectado na amputação, Hunter et al. (2006) e Ramchandran

(1998) investigaram de que forma a informação visual pode influenciar esta experiência e descobriram os seus contributos para a formação de representações e sensações de membros fantasmas e de dor no membro fantasma.

Pode acontecer que após uma amputação de um membro, de uma mão, ou de um ou mais dedos, ocorra uma “deslocalização” das sensações tácteis, ou outras somatossensoriais, para zonas cerebrais que eram activadas antes da amputação (Mackert et al., 2003), ou para zonas corporais que já não existem, provocando sensações de membro fantasma, frequentemente acompanhadas de dor, e muitas vezes dor semelhante à última sentida no momento da lesão no caso de amputação traumática (Merleau-Ponty, 2006). Porém, Hunter et al. (2006) referem que estas “deslocações” de sensações são independentes da percepção visual, mas também dão sensações semelhantes às “percepções duais” provocadas por estímulos tácteis no membro residual, apesar da consciência de membro fantasma ocorrer com mais frequência, e das percepções duais provocadas dependerem mais da informação visual processada, i.e. são mais frequentes quando as pessoas fecham os olhos (Hunter et al., 2006).

Por outro lado, Ramachadran (1998) constatou que a dor na mão fantasma direita de um paciente desapareceu depois de colocar a mão esquerda numa caixa com um espelho onde no compartimento ao lado colocava o coto (e a mão fantasma). O que aconteceu foi que, depois de mover activamente a mão esquerda enquanto olhava para o espelho que reflectia essa mão – *como se* fosse a mão fantasma que se estivesse a mover – mesmo tendo o conhecimento de que era a mão esquerda que se movia, o facto de o fazer e *parecer* que era a direita que estava voluntariamente a funcionar, fez com que a dor desaparecesse. A explicação do neurologista foi que houve, através do *input* visual (a visualização da sua mão activa reflectida no espelho), uma modificação do circuito neuronal habitual: do córtex frontal-coto, para um outro circuito: do córtex visual-coto, e essa alteração fez com que a dor desaparecesse (pelo menos durante a experiência).

Apesar de ainda existirem disparidades e controvérsias nos resultados neurológicos, percebemos a que existem influências da informação visual na reorganização corporal de quem sofreu uma amputação, mas percebemos também o seu papel na consciência da existência de uma lesão/perda de uma parte corporal e da consciência da existência ou não de um membro fantasma. A pessoa tem uma percepção

somática (Carvalho, 2004), e com isto representa-se e percebe-se como diferente, e toma consciência de si mesma numa nova condição face à sua vida, à sua saúde, à sua mobilidade, às suas dores, e até mesmo face à sua identidade, como já tem sido referido ao longo deste trabalho. A pessoa percebe e toma consciência, e eis que surge no nosso estudo uma nova direcção: de que modo uma pessoa com um membro amputado toma consciência da sua experiência? Esta não é uma pergunta à qual tencionamos dar uma resposta definitiva no presente trabalho, mas podemos salientar neste âmbito a importância dos estudos de Damásio (2000) no que se refere à sua fundamentação neurológica, da intercomunicabilidade entre os sistemas proprioceptivos, exteroceptivos, e interoceptivos (Machado, 1993), e os conceitos de “Si nuclear”, “Si autobiográfico”, “Identidade”, “Personalidade”, “Si neural”, “Si transitório”, e “Proto-si”. A consciência de si mesmo, enquanto corpo e enquanto pessoa integral, tem sido também alvo de interrogações ao nível das respostas que o sistema imunitário é capaz de produzir perante determinadas percepções da realidade.

Respostas imunológicas – neuroquímicas - na experiência da amputação

Quando uma pessoa experimenta modificações ou distorções na sua representação própria (*self-representation*), como resultado indirecto de uma perda de um membro por amputação, por mutilação, ou deficiência, ou como resultado directo de perda p.e. por doença ou por histerectomia, ou outra cirurgia, pode acontecer que sejam desencadeados efeitos imunológicos de doenças auto-imunes como a púrpura patogénica (Ratnoff & Agle, 1968, cit.: Jacobson, 1983). Dausset (1981, p.1469; cit.: Jacobson, 1983), referiu, tal como outros autores, que a função essencial das estruturas imunológicas residem no auto-reconhecimento, e por isso “estas estruturas são, de facto, o cartão de identidade de todo o organismo”.

Esta posição, permite-nos reflectir - em forma de parênteses e sem desenvolvimentos maiores no objectivo deste nosso trabalho - acerca do papel que a sociedade ocidental pós-estruturalista tem tido no desvio do corpo como “coisa” física e meramente material, para um fenómeno semiótico autónomo com efeitos na valorização do individualismo, do psicológico (sobretudo no que se refere à emancipação sexual, racial, étnica, mas também na afirmação da deficiência física (Peters, 2000; Hugles, 2000; Swain & French, 2000), social e político-económico, e questões e valores

ideológicos, levando cada vez mais pessoas a actuarem como forças de resistência contra forças trans-históricas como o “poder”, a “disciplina”, etc. (Turner, 2007, cit.: Czordas, p.30). Segundo Turner (2007), o corpo visto desta forma pode actuar como um “anti-corpo” ou uma auto-defesa dos agentes nocivos e impositores da sua vontade não controlável por quem sofre: o corpo e o seu “anti-corpo” como protótipo relacional com os outros baseado nos modelos imunológicos.

Jacobson, em 1983 referiu que os dados imunológicos relacionados com as perdas corporais significativas, apesar de teorizados, ainda não se conhecia a sua ponte de ligação com o mundo psicológico das representações, e Maurice Merleau-Ponty, em 2007, ainda questionava de forma exaustiva esta inacessibilidade à compreensão das interrelações. Colocam-se questões acerca das disjunções do mundo representacional relacionadas com a auto-representação e com o seu investimento mental e emocional na parte corporal perdida e significativa (Jacobson, 1983). Deste modo, e tendo em conta que para Kessler (1951, p.107) «a parte do corpo é irrevogavelmente perdida e a vítima é “incompleta”, ou não se vê mais como um “homem inteiro”», vários autores referem que a experiência da perda de um membro deve ser comparada com a comparada com a experiência do luto e da perda pela morte de um ente querido, ou um membro da família (Johnson, 1952; Kessler, 1951). Porém, a relação entre a perda significativa, a consciência e representação de si, e as reacções imunológicas, por muito evidentes que nos pareçam continuam sem bases científicas que as justifiquem.

A consciência de si e a experiência na amputação

A questão da identidade, da essência da pessoa, da manutenção do seu *self*, e da necessidade de uma preservação e conservação da natureza própria, torna a ser central nas investigações neurológicas, tal como o é nas investigações psicanalíticas acerca do self e das relações de objecto (Capítulo II), e tal como o é nas investigações psicológicas acerca da adaptação à amputação e das reacções à perda e à mudança para reequilíbrio (Capítulo I). Voltamos a cruzar-nos entre o estático e a dinâmica dos movimentos e dos momentos de quem foi amputado, tal como no início da nossa caminhada neste trabalho. Voltamos a cruzar-nos agora com dúvidas epistemológicas (como acontece a experiência da consciência acerca de si enquanto amputado de um membro? E como se dá a manutenção da sua identidade pessoal nesta situação?), porque continuamos sem compreender como se dá a experiência vivida de quem foi amputado, porque, por

momentos, parece que quando entendemos a neurologia, a química, a física, a psicologia, ou mesmo a psicanálise e os seus esforços de compreensão da “psicossomática”, estamos a ver indivíduos diferentes que dificilmente possuem pontes de ligação que suportem a unidade de um mesmo ser *in-diviso*. Se o ser humano é de facto um ser dinâmico, sustentado por um corpo biológico que só é vivo quando interligado a redes comportamentais e vivenciais (ainda que esteja em estado de coma).

Apesar de sermos “natureza e parte dela”, o facto de ficarmos a conhecer as alterações neurológicas e possíveis mecanismos próprios da plasticidade cerebral, ou mesmo se ficarmos a conhecer como funciona o nosso sistema cardíaco ou respiratório, imunológico, ou os processos de relacionamentos precoces, ou processos psicossociais, ainda não nos permite entender de que forma se relacionam estes padrões e mecanismos com os processos mentais ocorridos nas suas alterações. Tal como já o referimos anteriormente, Merlau-Ponty, foi quem questionou e teorizou de forma mais aprofundada esta ausência de relação que separa o Ser Humano entre si e os outros, pela relação com o seu corpo, separação esta efectuada pela boa vontade e desejo de conhecimento estruturado e muitas vezes demasiado simples para a complexidade humana. Por isso, no capítulo que se segue estudamos este e outros autores que vão colocar exposta esta lacuna que o conhecimento da experiência humana apresenta enquanto objecto das ciências psicológicas.

CAPÍTULO IV

PROBLEMÁTICAS INERENTES AO ESTUDO DA EXPERIÊNCIA DA AMPUTAÇÃO

Ao longo da revisão de literatura efectuada nos capítulos anteriores, pudemos ir percebendo que é inerente a qualquer um dos tipos de investigação psicológica (empírica psicológica, psicanalítica, e neurobiológica) diferentes esforços por manter uma união ou ligação entre: (1) a experiência vivida subjectivamente e a generalização dessa experiência; (2) a experiência do corpo vivido e do corpo físico concreto, observável e mensurável; (3) o corpo pós-amputação e a sua ligação com o corpo pré-

amputação, ... é comum entre as diferentes hipóteses de partida e teorias explicativas uma procura pela experiência da amputação que tenha em conta o desejo de integração de diferentes aspectos e, em simultâneo, a necessidade de que sejam feitas distinções e sistematizações organizadas dos fenómenos. Ao longo da revisão de literatura temos vindo a perceber que permanece um esforço por encontrar *o que é* que acontece na experiência da amputação: esta tem sido a questão de partida epistemológica para as investigações encontradas até agora, e isso tem-nos trazido resultados importantes para o conhecimento de algumas hipóteses de causas e consequências de bem-estar/mal-estar psicológico, de adaptação/desadaptação ou de ajustamento/desajustamento à condição da amputação.

Todavia, permanece um mal-estar científico de fundo, a nosso ver, um mal-estar de raiz epistemológica, pois leva-nos de novo a uma das questões com que iniciámos este trabalho: qual é afinal o objecto de estudo da psicologia? E será que ele tem sido realmente considerado ao longo das investigações psicológicas que visam o estudo da experiência da amputação?

Após a revisão de literatura efectuada até agora permanecemos com uma inquietação: Como podemos resolver esta ambiguidade “latente” entre a enorme produção científica revista que nos é dada sob a aparência de que “ela nos entrega o seu objecto [de estudo] sem nenhuma ambiguidade” (Merleau-Ponty, 2006b, p.151)? Afinal, permanece a dúvida acerca do que conhecemos acerca dos processos implicados na experiência da amputação, mas em simultâneo temos toneladas de conhecimentos acerca delas. Nas palavras de Merleau-Ponty (2006a):

“A relação da coisa percebida com a percepção ou [a relação] da intenção com os gestos que a realizam é, na consciência ingénua [conhecimento causal, explicativo, e descritivo naturalista], uma relação mágica: mas faltaria ainda entender a consciência mágica como ela própria se entende – não reconstituí-la com base nas categorias ulteriores: o sujeito não vive num mundo de estados de consciência ou de representações a partir do qual acredita poder, por uma espécie de milagre, agir sobre coisas exteriores ou conhecê-las. Vive num universo de experiência, num meio neutro relativamente às distinções substanciais entre o organismo, o pensamento e a extensão, num comércio directo com os seres, as coisas e o seu próprio corpo. O ego, como centro do qual emanam as suas intenções, o corpo que as porta, os seres e as coisas aos quais elas se dirigem, não são confundidos: mas são apenas três sectores de um campo único. As coisas são coisas, ou seja, transcendentais em relação a tudo o que sei delas, acessíveis a

outros sujeitos perceptivos, mas justamente visadas como tais, e como tal momento indispensável da dialéctica vivida que as abarca”.

Conhecermos os factores que constituem a experiência de ser amputado, não é o mesmo que conhecermos *como se dá* essa experiência e de que forma surgem fenomenologicamente no sujeito esses factores que a constituem, i.e., como se dão os actos de percepção de determinada situação (no caso a amputação), qual a origem desses actos, como eles se constituem para dar significado à experiência. Afinal, ainda permanece a dúvida acerca de como os sujeitos que vivem a amputação têm consciência de *si mesmos perante essa condição*, como se percebem a si mesmos, como se conhecem (e reconhecem) na sua experiência, simultaneamente única e partilhada. Que processos ontológicos acontecem que tornam essa experiência uma experiência de amputação? Dito de outro modo, permanece a dúvida acerca de como chegamos ao conhecimento de que existem causas e explicações e de que modo existe o mal-estar/bem-estar psicológico na experiência da amputação. Percorremos um longo caminho de descobertas, de esforços de ligação, mas ainda há algo que falta compreender. Ainda não chegámos ao fim da linha (e provavelmente não chegaremos, mas perseveramos na procura). Segundo Merleau-Ponty (2006a, p.150), *“é preciso admitir então que “pegar” ou “tocar”, mesmo para o corpo, é diferente de “mostrar”. Desde o seu início, o movimento de “pegar” está magicamente associado ao resultado de algo, ele só começa antecipando o seu fim, já que a interdição de pegar basta para inibi-lo. E é preciso admitir que um ponto do meu corpo pode estar presente para mim como ponto a pegar sem me ser dado nessa apreensão antecipada como ponto a mostrar.”*. Há algo mais:

“o doente deve primeiramente “encontrar” o seu braço, “encontrar” o gesto perdido por motivos preparatórios, o próprio gesto perde o carácter melódico que apresenta na vida usual e torna-se visivelmente uma soma de movimentos parciais laboriosamente postos lado a lado”

(Merleau-Ponty, 2006a, p.152).

Se mudarmos o foco epistemológico de uma procura do “quê” (ou “porquê”) da experiência da amputação, para o “como” dessa experiência, vemo-nos, novamente, perante outro enfoque teórico e metodológico, o da fenomenologia. Neste último capítulo, tentaremos averiguar como esta perspectiva de origem filosófica poderá ajudar-nos no estudo da experiência psicológica da amputação.

ENTRAR NA AMBIGUIDADE DA EXPERIÊNCIA HUMANA

Conhecer a experiência psicológica de amputação a partir de perspectivas filosóficas

Não foram encontrados muitos autores que tenham investigado sobre a experiência da amputação segundo a perspectiva fenomenológica. Para além de escassos dados empíricos, surgem ensaios ou discursos acerca da problemática geral de como é que a experiência humana acontece ontologicamente, e, para isso, a unanimidade entre os autores fenomenólogos e existencialistas é de que toda a experiência humana parte da experiência encarnada ou corporal. A experiência é sempre uma experiência de *algo*, e em primeira instância esse algo é inevitavelmente *vivido no corpo*. Surgem então os nossos dois primeiros constituintes ontológicos da experiência: o corpo e a vivência neste (i.e., a *corporalidade*, enquanto *given* da existência). Na experiência da amputação de membro(s), esta correlação é imediata, mesmo sem comprovações empíricas.

Não elevar a alma em detrimento do corpo, como no pensamento grego platónico e medieval religioso, e não dividir a *substantia extensa* da *substantia pensante*, como no pensamento cartesiano na era da modernidade, foram os primeiros argumentos que constituíram a base para um novo método de investigação acerca do conhecimento e da experiência. Para a construção de um pensamento que integrasse o corpo e a mente e a sua inevitável interpenetração, segundo Ortega (2005), já no final do séc. XIX William James e Bergson chamavam a atenção para a centralidade do corpo na experiência humana, onde “tudo gira em torno dele e é sentido desde o seu ponto de vista [...], onde o corpo está, é ‘aqui’; quando o corpo age é ‘agora’; o que o corpo toca é ‘isto’; o resto das coisas é ‘ali’, ‘então’ e ‘aquilo’” (James, cit. Ortega, 2005). Segundo Bracco (2004), contribuíram ainda os conceitos de intencionalidade (Brentano), a primeira diferenciação entre ciências da natureza de ciências do espírito (Wilhelm Dilthey), e a diferenciação entre “fluxo de vivências” (*Erlebnisstrom*) que orientam os acontecimentos para lhes dar um sentido contextualizado, e portanto limitado no horizonte espacio-temporal em que o corpo concreto e funcional (*Körper*) existe em co-relação com o mundo e com a vivência intencional do corpo (*Leib*) (Husserl). Surge a ideia husserliana do corpo como “ponto zero” de todas as orientações

(Husserl, 2006) e como constituição gramática e linguística do “*mundo da vida*” (*Lebenswelt*), ou como viria dizer mais tarde Heidegger (2006), como “*ser-no-mundo*”.

A experiência encarnada, situada e finita, e simultaneamente transcendente, ilimitada e inapreensível na sua totalidade

Para Husserl, existe um compromisso recíproco a que ele chama de “polaridade”: o corpo é o “lugar”, de certo modo inacabado, indefinido, onde ocorre incessantemente o *vir-a-ser* do mundo do *eu* e o *vir-a-ser* do mundo (Bracco, 2004), i.e., a vivência co-constitui-se na matéria e no factual, entre, o que Husserl denomina, o *Leib* e o *Körper*. É a partir de complexas relações estabelecidas por este autor que o corpo passou a estar indissociado do seu contexto quotidiano (*lebenswelt*), portanto situado e em co-dependência através da percepção. Assim, toda a perspectiva, e consequentemente toda a consciência e percepção, pressupõe que o sujeito que experiencia algo age na sua relação com o espaço que ocupa e que percorre. E uma vez que o sujeito apenas possui uma “*localização espacial a ver com a sua corporalidade*” (Husserl 1976, p.116; 1952, p.33; 1973a, p.239; cit.: Zahavi, 2002), *Husserl argumenta que os objectos espaciais apenas surgem para sujeitos encarnados/corpóreos*” (Zahavi, 2002), e por isso a experiência de *algo* é sempre fundada na forma como as vivências e em última instância as percepções se constituem a partir da consciência de si mesmo enquanto corpo e *ego cogito*, e por isso enquanto *self* ou, o mesmo é dizer, enquanto constituição fundamental. Estudar a experiência da amputação fenomenologicamente remete-nos necessariamente para o estudo da sua constituição e por isso leva-nos ao estudo do que António Damásio (1999, cit. Zahavi, 2007) denomina de “*core self*”, a vivência da experiência mais essencial, “*self autobiográfico*”, ou “*self primário*”.

A maior dificuldade no acesso ao “*core self*” prende-se com a sua maleabilidade e mutabilidade. Não há constância ou permanência estática nas suas vivências. Husserl define este como sendo um “*ego cogito*” que se dá num *fluxo temporal* de simultâneos momentos movidos pelo que ele denomina de *intencionalidade* e *dupla intencionalidade*. Ao excluirmos uma análise do tempo objectivo - ou do *cronos* - entramos no conhecimento do *kairos* e do “*reell*”, aquilo a que Husserl (1994, p.37) denomina de “a coisa mais bem conhecida de todos”, ou aquela que é a *experiência autêntica e intuitiva* (Husserl, 1994, p.42).

Saindo de uma lógica da causalidade e da linearidade, Husserl intuiu o tempo como fluente e em direcção a um horizonte (futuro). Nesta fluidez, o presente nunca passa, é imóvel neste sentido, e é assim que o passado do presente só se dá apenas na morte. Assim como vemos o espaço a partir de um “aqui”, também vemos o tempo a partir de um “agora”/ presente. Contudo, o fluxo temporal não é uma sequência de “agoras” vazios, mas antes uma simultaneidade dos momentos de *retenção* (consciência do que já aconteceu, quase equivalente a uma “memória de trabalho”), *proto-tensão* (consciência do que vai acontecer), e *proto-impressão* (consciência do agora), sendo neste processo que criamos os sentidos para as nossas experiências em miríades de variações possíveis nos modos de percepção.

Se vemos o tempo *fluído*, tal Husserl o descreve, como o processo no qual acontece a vida humana e as suas experiências, difícil será agarrá-lo, estudá-lo e analisá-lo, pelo menos nos moldes a que fomos habituados pelo empirismo ou pela estrutura de pensamento genética e causal. Mas ao autorizarmo-nos a entrar numa abertura a novas perspectivas e possibilidades de relação intencional e intuitiva, podemos imaginar e observar com maior autenticidade o que nos traz esta experiência. É um desafio a uma maior espontaneidade e criatividade, enquadrada numa vivência subjectiva também limitada num contexto temporal *significativo* (de sentidos e significados percebidos).

Observar e analisar o *presente vivido*, com este enquadramento, pode tornar-se uma técnica singular para a clínica e para a investigação psicológica. Ocorre-nos os conselhos de Yalom (2001) acerca da incidência na honestidade das experiências do terapeuta face ao paciente no que acontece no presente dado, e ocorre-nos também os estudos de Daniel Stern (2004), nomeadamente acerca dos “momentos agora” dos momentos presentes, onde estes são investigados fenomenologicamente tanto como “*unidades subjectivas*” como enquanto “*unidades de microprocesso*”. A proposta de Stern é um óptimo exemplo de como podemos aplicar os conhecimentos que Husserl nos deixou acerca da fluidez do tempo e da simultaneidade dos “agoras” (na sua expressividade enquanto “presente” e na sua intuição enquanto proto-impressão) e em contexto terapêutico. A dissecação do momento “agora”, na vivência visceral dos acontecimentos, pode ser simultaneamente conhecida nas suas dimensões concretas,

objectivas e bem estruturadas, sempre através da vivência da emergência e da mudança, e da apreensão da realidade vivida através da reflexão e da intuição das essências.

O uso da reflexão como modo de apreensão de uma determinada realidade subjectiva é uma tentativa de “fixarmos” o nosso olhar num determinado momento do tempo que corre nas experiências. Contudo, Husserl alerta-nos para o facto de não devermos confundir reflexão com pensamento: a reflexão é sempre um processo muito mais abrangente da busca de sentido e de ordem, e esta inclui, como vimos nos parágrafos anteriores, uma dinâmica própria que procura a vivência que inclui os processos anteriores a qualquer predicado, que são os processos “antepredicativos”, pré-reflexivos, ou como disse Sartre (1994) o conhecimento “não-tematizado”. Com a introdução da *teoria da consciência interna do tempo* associada à teoria das *essências* e da *intencionalidade*, Husserl abre-nos mais portas para a relação que existe entre a génese do processo subjectivo e fluído e as estruturas objectivas e “estáticas” desse mesmo processo, e abre-nos mais portas para aquela que é a relação entre a subjectividade e as outras subjectividades, no mundo da vida que não nos isola nunca uns dos outros: a génese de qualquer experiência humana.

A experiência intencional ou “relativa a algo”

Uma das críticas apontadas a Husserl é o “relativismo”/subjectivismo que as suas teorias transportam. Dizem-se demasiado abstractas, submersas no mundo das ideias, demasiado subjectivas e desencontradas da carne que constitui a matéria corporal que, como sabemos pelas neurociências, até assenta as suas experiências numa memória sensorial cortical (Damásio, 2000, cit.: Gallagher & Zahavi, 2008). Contudo, a fenomenologia não se desencontra das vivências corporais, pelo contrário constitui-se nelas: ao procurar as essências da mudança e da subjectividade, encontra-se necessariamente com os limites dessa mesma subjectividade pura, e por isso, inevitavelmente encontra no corpo humano e nas suas vivências um co-constituente da subjectividade e do *self*.

Por outro lado, se entendermos o “relativismo” como o termo que assinala a enorme vastidão da aplicação da fenomenologia, incluindo o estudo de problemas que ultrapassam o âmbito de interesse do psicólogo clínico, isso sim é verdade, pois Husserl aspirava a uma teoria do conhecimento científico absoluto, e a psicologia trata apenas

dos actos da consciência e não inclui o conhecimento da realidade “objectiva” (dos objectos). Porém, mesmo quando remete para os objectos de estudo da psicologia, Husserl não isola o estudo dos actos do estudo dos objectos. Pois, se as verdades das experiências são “relativas”, entendemos por isso que “*a verdade que se obtém por esse conhecimento não é definitiva, imutável*” (Ferreira, 2004, p.47). A verdade que Husserl pretende alcançar “*faz-se, porque se determina pela ordenação geral da vida, pela nossa orientação no mundo*” (Ferreira, 2004, p.47).

Nos primeiros anos de investigação fenomenológica realizada por Husserl, nas suas *Investigações Lógicas*, é possível já vermos contornos de uma teoria da relação (intencional), depois, na *Ideia de fenomenologia*, com auge na obra *Ideias*, Husserl elabora novas bases para uma teoria da intersubjectividade, consistente com uma teoria do corpo (em *Ideias II*), onde a ideia de transcendentalidade constitui-se numa dialéctica espacial e corporal. Nos seus últimos trabalhos, como o *Phänomenologische Psychologie*, o *Zur Phänomenologie der Intersubjectivität (I-III)* (Zahavi, 1994), e *A Crise das Ciências Europeias e da Fenomenologia Transcendental*, é bem notório que a “relatividade” husserliana também diz respeito ao que não é definitivo, diz respeito à possibilidade de mudança ao longo do tempo em que a vida se dá no mundo (*Lebenswelt*). Seguindo as próprias recomendações de Husserl ao uso do seu método, também nós devemos olhar para a sua obra como uma totalidade, em constante revisão e onde a sua estrutura final só pode ser olhada depois da sua morte.

As relações que Husserl estabelece entre o tempo e o espaço vividos, entre o *self* (i.e. ego ou unidade monádica/mónada) e o corpo, entre o imutável e o mutável, o imanente e o transcendente, entre a subjectividade e a intersubjectividade, entre a objectividade e a subjectividade, entre a impossibilidade de separar corpo e mente ... são temas que fundamentam toda a teoria fenomenológica, e como tal não cabem numa exposição tão sincrética como pretende ser este nosso trabalho. Existe uma tensão própria à existência humana, entre a essência imutável do *self*, i.e. as constituições mais próprias do ser humano e da sua personalidade, entre as diferentes formas de poder ser-se, e entre as diferentes contingências e circunstâncias factuais, essas variáveis, incontroláveis e por vezes imprevisíveis.

O que inicialmente poderia parecer uma condução a um solipsismo, devido ao inicial “abandono” aos sentidos subjectivos e às descobertas acerca da existência de “personalidades”, na verdade «*a redução ao eu transcendental [...] o desenvolvimento sistemático e consequente da análise egológica conduzir-nos-á talvez, muito pelo contrário, a uma fenomenologia da intersubjectividade transcendental.*» (Husserl, 2001, p.45). Assim, partindo do conceito de essência pura, ou se quisermos partindo do nosso conhecimento acerca das “mónadas”, caminharemos rumo ao conhecimento das relações “intermonádicas”, até – continuando a seguir a redução eidética – por fim, compreendermos a transcendência da intersubjectividade e do mundo. Aqui começamos a entender mais uma importante conexão da psicoterapia existencial relativamente à fenomenologia husserliana, uma vez que a primeira visa acima de tudo a compreensão, subjectiva e intersubjectiva, do ser humano no seu mundo e para o mundo em geral, ou se quisermos, visa a compreensão da experiência do ser (quer seja enquanto essência – simultaneamente transcendente e imanente – ou enquanto existência - dependendo dos autores). E é unânime entre os seus diferentes investigadores considerar que esta compreensão só é possível porque parte de uma “interioridade” que se encontra em relação *no-mundo*.

Segundo Husserl o self é constituído por essências invariáveis, e para ele (1950, cit.: Schérer, 1954), a palavra “essência” foi considerada como o *Quid* ou a mónada de um objecto ou de um indivíduo, ou seja, aquilo que no seu ser mais íntimo é o seu *Eidos*, a sua ideia mais pura. Assim, “o *Quid* pode ser sempre colocado sob a forma de ideia, e a intuição empírica ou intuição do indivíduo pode ser convertida em visão da essência (em ideação) – devendo esta possibilidade ser entendida como possibilidade no plano das essências”, ou seja, mesmo almejando a essência ela só pode ser “captada” sob a apreensão de uma face, ou de várias faces, mas nunca sob a sua totalidade de faces, que são sempre ilimitadas, à semelhança das potencialidades ou possibilidades de um ser agir na sua existência particular. Neste sentido, compreende-se que a apreensão de uma essência seja levada pela intuição que, por sua vez contém, inerente à sua natureza, a evidência dos significados que vão sendo descobertos, ou seja a essência é fundada no caminho que vai sendo percorrido pelas evidências e pelas intuições, através de abstracções e variações eidéticas. Tal como Kelkel & Schérer (1954) referiram:

«A essência não é outra coisa senão a explicitação e o preenchimento destes sentidos numa evidência própria que Husserl chama *eidética* ou *visão da essência*. A essência

desempenha na fenomenologia um duplo papel: no plano estrutural, corresponde às “condições de possibilidades” da consciência (correlativamente ao seu objecto) e, por isso é inseparável do próprio facto, porque o facto tem a sua ‘essência de facto’, a sua contingência é uma ‘necessidade de essência’».

Sendo *Eidos* o invariante da própria variação, é olhando um facto através da suspensão da nossa consciência (pela epochê) que podemos ver esse mesmo facto sob diferentes variações, sem contudo deixar que este continue a ser facto. Ou seja, quando fazemos variar todas as possibilidades de existência de um determinado facto ou acontecimento, o que permanece até aos limites dessa variação (redução eidética) é a sua essência, o seu *Eidos*, ou se quisermos o seu ser transcendente - a síntese do que constitui um determinado ser ou facto. Neste sentido, e no limite, a essência pura do ser humano pode ser o que na psicoterapia existencial denominamos por “existenciais”, como a condição de ser-mortal, ser-corporal, ser-temporal, ser-espacial, ser-humorado, ser-livre, ser-facticidade, etc. Mas também nos pode levar ao que Husserl denominou por “personalidades”, se olharmos para um homem ou uma mulher particular, e neste âmbito poderíamos abordar aqui algumas controvérsias na sua ligação a determinados conceitos existencialistas, porém, neste momento o que fazemos o exercício de compreender conceitos de Husserl, importa que para si a pessoa «não é uma continuidade de “estados vividos”», e esta é uma condição marcante da sua facticidade, dos seus limites e determinações, pessoais e intransmissíveis, inerentes à sua existência, pois:

«Ao constituir-se a si mesmo, como *substrato idêntico das suas propriedades permanentes*, o eu constitui-se ulteriormente como um eu-pessoa permanente, no sentido mais largo deste termo que nos autoriza a falar de “personalidades” inferiores ao homem. E mesmo se, em geral, as convicções só são relativamente permanentes, mesmo se têm as suas maneiras se “se transformar” (as propriedades activas modificam-se: são “suprimidas”, negadas, o seu valor é reduzido a nada), o eu, no meio destas transformações, conserva um “estilo” constante, um “carácter pessoal”».

Husserl (2001, pag. 90)

Todavia, a essência também é “um objecto de um novo tipo” (Husserl, 1950; cit.: Kelkel & Schérer, 1954), ao qual corresponde uma “intuição originária” que leva a descobrir, tal como referimos anteriormente, uma outra função da essência: apoiar a evidência, pois é através dela que o objecto nos é apresentado, *tal como* ele é aludido

(Schérer, 1981). Um invariante (*Eidos*) da percepção é ter conteúdo intuitivo, este baseado em evidências.

A intuição da essência é a consciência de algo, onde qualquer objecto pode, antes de qualquer pensamento atributivo, encontrar a sua representação e intuição particular, que «o atinge eventualmente na sua “ipseidade corporal”, [n]o olhar que o “capta”» (Schérer, 1981). Cada aspecto constituinte da essência, como as suas evidências e as suas intuições, são portanto também e sempre de tipo original e inéditas, onde se encontra o *Eidos* particular do indivíduo que o investiga. Ou seja, na fenomenologia husserliana, todo o conhecimento é a percepção de uma essência através da intuição, de uma forma absoluta, integrada e evolvida como os ingredientes provenientes da natureza para constituírem um determinado produto, ainda que sempre em processo, e “esta originalidade, a fenomenologia deve-a à sua definição da consciência como intencionalidade” (Auroux & Yvonne Weil, 1991). Afinal, a essência *também* é atestada pelo preenchimento da intenção cognitiva, que é uma forma de eminência, ou seja uma condição de qualquer objecto original que está *no e para o mundo*, uma exigência inevitável e inerente à natureza das coisas.

É precisamente devido a esta eminência da intencionalidade que o homem, em simultâneo com as suas constituições próprias do *self*, cumpre-se apenas no *mundo-com-outros*, e através do *tempo* de vida até à morte, e através das *acções* que se concretizam através da materialidade do *corpo*. Assim, e porque o devir existencial compre-se no tempo, sentimo-nos muitas vezes contrariados porque não há forma de voltar atrás, ir à frente, ou de parar o tempo, e também porque por vezes não há forma de mudar as contingências materiais, corporais, tal como não é possível mudar o outro de forma directa e manipulativa, restritiva, ou dominadora. Não aceitamos facilmente o que é incompleto, como a própria vida, porque o desconhecido está frente a frente com a angústia existencial e a dificuldade que nos leva ainda a persistir em unificarmos as experiências, em nos relacionarmos com os outros, e em expressarmos o todo que, apesar de tudo também já somos porque já somos um *self*, somos já um corpo delimitado, somos já em circunstâncias imutáveis. Esta angústia que resta é o vestígio daquilo a que George Steiner (2003, P.60-62) denomina de “*A nostalgia do absoluto*”:

“Mau grado numerosas instâncias de sofisticação, não deixa de ser verdade que a nossa linguagem quotidiana e pensamentos rotineiros continuam a funcionar dentro de um dualismo

mente-corpo bastante simples. No nosso uso irreflectido de polaridades como psíquico e físico, mental e corpóreo, inato e ambiental, não fizemos grandes progressos dentro dos esquemas dissociativos da filosofia cartesiana e idealista. Usando uma expressão famosa, há um espírito na máquina e, de uma forma ou de outra, ambos estão sincronizados. Quando nos damos ao trabalho de reflectir, de considerarmos a evidência, é claro que ficamos certos de que são irremediavelmente indiscriminadas; as zonas intermédias, tal como as formas de interacção e determinação recíproca, são demasiado numerosas. [...] Não há dúvida de que encontramos em todo o lado – nas teorias da percepção humana, no estudo do stress e da psicopatologia, na linguística, na biologia molecular – reavaliações correlativas de toda a concepção do modo como a mente e o corpo se ajustam mutuamente. [...] Por todo o lado, o velho divórcio entre o espírito e a carne cede a uma metáfora de continuidade muito mais complexa. [...] Os avanços do pensamento matemático e os avanços da ciência empírica por esferas até aqui desconhecidas facultam respostas teóricas, cada uma das quais, por sua vez, leva a perguntas com um nível crescente de complexidade e um nível ainda mais alto de riqueza conceptual e engenho. As imagens do mundo e do lugar da consciência psicológica na realidade que emergem da ciência ultrapassam largamente as nossas expectativas e recursos expressivos”.

É o reflexo da subjectividade que se afirma desavergonhadamente, deixa-se tocar pelas palavras mas foge ao toque daquele que a tenta aprisionar e tornar demasiado estática. É a força da vida que avança sem pedir licença. É, como o título de um livro de Paul Tillich (2000): *A coragem de se Ser*, ao que nós acrescentamos: ser paradoxo, ser tensão, e ser intencionalidade.

A fenomenologia inaugurada por Husserl é extensíssima na sua riqueza quantitativa e qualitativa, por isso, deixamos apenas a ideia base da importância do estudo da experiência humana através do estudo da intencionalidade, da co-relação entre sujeitos, e entre o sujeito e o mundo, e da dialéctica espaço-tempo enraizada no corpo que, simultaneamente vivencia as suas acções e se experimenta num contínuo ilimitado. Este é o ponto de partida que não promete a chegada a um fim definitivo, será a interrogação que se desdobrará indefinidamente e, segundo Stein (cit.: Merlau-Ponty, 2004, p.20): “*O inacabamento da fenomenologia e o seu andar incoativo não são signo de um fracasso, eles eram inevitáveis porque a fenomenologia tem como tarefa revelar o mistério do mundo e o mistério da razão*”. A propósito da necessidade de olharmos agora para um outro prisma da experiência humana, o físico quântico Wolf (2005) diz: “[...] *The real trick to life is not to be in the know, but to be in the mystery*”. Na experiência da amputação, encontramos-nos frente-a-frente com esta dimensão

misteriosa do ser humano: algo está inacabado nos estudos que encontramos, e algo está inacabado nas experiências que conhecemos. Somos alertados para um profundo desconhecimento acerca da constituição genética/epistemológica da experiência, as suas vivências, e quem a vive também se encontra frente a uma dimensão desconhecida de si mesmo.

De encontro a algumas das ideias husserlianas, Mincowski refere que, no corpo doente não ocorre apenas algo como um dano, um mau funcionamento orgânico, cerebral, ou de parte do sistema nervoso, mas como sim uma fractura de um “diapasão”, o deterioramento de uma relação harmónica da “cosmologia” (ou *mundividencia*), a partir do momento em que entre a pessoa e o universo ocorre uma “solidariedade estrutural” em virtude da qual os movimentos da alma estão constantemente em relação com os movimentos da natureza (Bracco, 2004). Merleau-Ponty (2004, estru comp, p.293), refere que, particularmente na doença, “a consciência descobre uma resistência do corpo”. Para si, “uma doença basta para modificar o mundo fenoménico, isso significa que o corpo põe um filtro entre nós e as coisas.” Assim, refere o autor parágrafos antes:

“O pensamento pode estar “na garganta” como dizem as crianças interrogadas por Piaget, e isso sem contradição, sem nenhuma confusão entre o extenso o não extenso, porque a garganta ainda não é um conjunto de cordas vibrantes capazes de produzir os fenómenos sonoros da linguagem e permanece sendo esta região privilegiada de um espaço qualitativo no qual as minhas intenções significativas se desdobram em palavras”.

Merleau-Ponty (2006a, p.293)

A visualização do interior do corpo

Eugene Gendlin (2003) refere que a maior dimensão misteriosa do ser humano, que é tão representada pelo inconsciente freudiano é, afinal, o próprio corpo. Para si, “o *inconsciente é o corpo*”. Gendlin (2003) refere que:

“You have a bodily orienting senses. You know who you are and how you come to be in this room, reading this page. To know this you don’t need to think. The knowing is physically sensed in your body and can easily be found. But this bodily knowing can extend much more deeply. You can learn how to let deeper bodily felt sense come in relation to any specific situation. Your body “knows” the whole of each of your situation. Your body “knows” the hole

of each of your situations, vastly more aspects of it than you can think. [...] You can sense your living body directly under your thoughts and memories and under familiar feelings.”

Pegando no fascínio que as novas tecnologias de visualização médica - nas quais se incluem também os avanços na engenharia genética, próteses, nanotecnologia, e robótica, têm usado com alguns pacientes amputados, Ortega (2005) faz uma fenomenologia da visceralidade, onde, seguido os passos da ciência moderna, observa como o interior do nosso corpo, e as suas vivências - consideradas tendencialmente recessivas e ausentes, porque se recusam e recuam na apreensão directa - podem ser portas para uma outra compreensão acerca do carácter vincutivo entre o corpo e a vivência do conhecimento, da angustia, do alheamento, e da experiência fundamental da finitude. Ortega (2005), refere então que “O fascínio e a angústia, exercidos pela possibilidade de visualizar as entranhas [do corpo] resulta incompreensível sem essa vinculação”, para si:

“Trata-se de uma estreita vinculação entre o interior do corpo e a dimensão psicológica da interioridade ou da privacidade. É por isso que o conhecimento do interior do corpo representa uma metáfora eficaz do conhecimento de si, e não apenas porque a certeza da nossa morte (o ser-para-a-morte heideggeriano) nos é confirmada pela visualização do nosso esqueleto”.

Para Ortega (2005), a presença corporal possui uma natureza paradoxal: é ao mesmo tempo uma presença inescapável e uma ausência fundamental, pois “o corpo constitui a base da experiência humana e, no entanto, recua da experiência directa, ou seja, ele é raramente tematizado de maneira imediata. É um campo organizado no qual determinados órgãos e actividades se destacam enquanto outros recuam”. Por isso, “as experiências de ausência corporal [como as amputações, transplantes, etc.] encorajam e sustentam, segundo Leder, o paradigma dualista”, sendo que, tal como acontece em muitas pessoas com deficiência física, a disfunção biológica pode levar ao desaparecimento social, como acontece com muitas pessoas com deficiência física, contribuindo para a desincorporação da subjectividade quando se tenta a virtualização e objectivação da corporeidade (Ortega, 2005).

Colocar a descoberto o interior do corpo, como acontece quando uma pessoa sofre amputação de um membro, é uma forma de visualizá-lo desarticulado, ausente e exposto, é também uma forma de operar no sentido de um distanciamento face ao

conhecimento “original” da sua identidade, transformando o membro em falta num “isso”, algo que de percepção mas que se desconhece. Ortega (2005) refere que:

“Se a intencionalidade corporal corresponde, segundo Husserl, Merleau-Ponty, Erwin Straus e outros, à fórmula “eu posso” (caminhar, olhar, apreender), em se tratando do interior do corpo a fórmula mais adequada é “isso pode” (*It can*), [...], pois as profundezas corporais desaparecem da percepção, da vontade e da ação, procedendo de modo automático sem a minha consciência ou volição. Assim, o “isso pode” do interior do corpo torna-se em “eu devo”, isto é, uma dimensão corporal que escapa à minha volição e apreensão consciente e que, no entanto, me impele e constrange”.

Na amputação o corpo também pode passar a ser vivido como segmentado, onde as condições para agir podem tomar a aparência de um conjunto de limites funcionais e impostos contra a vontade de quem a vive. Sjö Dahl et al (2004), ao estudarem experiência da amputação trans-femoral, perceberam que as pessoas mais jovens sentem falta de divertimentos e de conseguirem liberdade de movimentos, falta de escolherem o seu próprio ritmo e de fazerem coisas espontaneamente, referem que depois da amputação tem de agir de modo diferente de como faziam antes da amputação, e por vezes com a ajuda de outras pessoas ou de próteses, o que fá-las sentirem-se dependentes e, com isso, esta nova situação pode implicar sentimentos de frustração e ser fonte de irritação.

Chini & Boemer (2007) estudaram a experiência da amputação e perceberam que é comum que seja experimentado um dualismo entre os aspectos lógicos e os aspectos experienciais constituídos por sentimentos que se misturam e são permitidos pela razão, por um lado, onde se torna necessário encarar a cirurgia como necessário, e por outro lado, a emoção que não aceita a perda. As autoras referem que a frequência deste dualismo depende do motivo da amputação, sendo maior nos casos de problemas vasculares, mas é comum que a amputação seja encarada como “boa e má, prazerosa e triste, alegre e infeliz, fácil e difícil, [...] onde sentimentos e sensações opostos mas unidos coexistem num mesmo cenário (Chini & Boemer, 2007). Podem também surgir sentimentos de estranheza e falta de familiaridade com o corpo próprio. Sjö Dahl et al (2004), perceberam que as pessoas consideram que o que restou da perna parece inchado e não reconhecível, sentem-se mutiladas, fazendo com que as suas imagens corporais mudem de forma negativa, e tentando evitar situações onde possam olhar-se como um todo, por exemplo, ao espelho. Segundo Bracco (2004), quando o interior do

corpo é vivido como desfeito pode ser sentido pela pessoa como estando morta em vida, enredada num corpo que se torna sempre mais estranho, um corpo hostil que pode chegar inclusive ao delírio hipocondríaco, e assumir a existência de qualquer material (pedra, lenha, vidro, etc.), entre opostos como o vazio e o cheio, o opaco e o transparente, o leve e o pesado, desagradável e, no limite, desfazendo-se até à sensação de decomposição.

Estes estudos levam-nos a pensar que a amputação requer que consideremos as funções e reacções biológicas através da corporalidade sem a reduzirmos a um conjunto de partes estruturais que procuram localizar a origem dos estímulos que a pessoa amputada tem e que pode levar a um distanciamento de si mesma ou até mesmo um não reconhecimento de si como um todo, ou de partes de si (o referido “isso pode”, ou como diria Sartre: a “coisificação” de si mesmo através do corpo como uma entidade “para-si”, em vez de “em-si”), onde podem até surgir sentimentos de desrealização, de vulnerabilidade e medo (Sjödahl et al (2004). Assim, segundo Merleau-Ponty (cit.: Gendlin, 1964) “devemos exceder conceitos como as dependências funcionais das variáveis e explorar as formas de experienciar a corporalidade em vez de procurarmos peças em bruto que necessitam de uma causa imposta e [por vezes assumindo uma dimensão] mística”.

A obrigação de ser “para-si” e a liberdade de ser “por-si” são interdependentes

Segundo Aisenson Kogan (1981, p.42; cit. Castro, Garcia, & Rodríguez, 2006), para Sartre o corpo condensa toda a facticidade material que acompanha a consciência, onde, com frequência, o “por-si” é ultrapassado pelo “para-si” que nadifica, ou seja, traz-nos à consciência que somos “nada”, “falta”, e “vazio”. Isto quer dizer que o corpo tem um papel fundamental na existência humana na sua dimensão de ser “para-si”, porque constitui a sua facticidade original, a sua contingência essencial de matéria como veículo essencial para preencher sentimentos de falta ou de vazio. Podemos assim entender como as condições corporais delimitam a experiência, mas também determinam as nossas relações com os outros e com o mundo. O “corpo do outro” - aquele que agora observamos - torna-se uma “totalidade sintética” (Kogan; cit. Castro, Garcia, & Rodríguez, 2006) que orienta o próprio e os que se relacionam com ele, e, por isso, a experiência pessoal da amputação não está dissociada de relações recíprocas de poder e dominação, nas quais se incluem os campos políticos e económicos, e o espaço

das relações entre os signos e significados sociais e culturais (French, 2005), assim como está dissociada daquilo que Sartre (2005) denomina de “má-fé”, bem como dos conflitos interpessoais que para si são formas de fuga à angústia ontológica relacionada com sentimentos de vazio.

Lindsay French na sua investigação fenomenológica intitulada “*A economia política da injúria e compaixão: amputados na fronteira Thai-Camboja*”, verificou que a experiência do corpo próprio de pessoas amputadas (estas em contexto de guerra) foi moldada de forma significativa por relações de poder e dominação nas quais o corpo foi inevitavelmente envolvido. A autora verificou que a amputação altera a integridade do corpo de forma particularmente poderosa que afecta não só a pessoa amputada como também aqueles que com ela contactam. Foi verificado que as pessoas amputadas não apresentavam uma ansiedade generalizada acerca da guerra mas sim um tipo particular de ansiedade acerca da sua segurança pessoal, de que as pessoas tivessem medo deles. Em particular os jovens rapazes amputados acabaram realmente por adquirir reputação associada a violência, extorção, roubos, e ao desejo de que se mantivessem “à distância”. As pessoas amputadas estudadas por French (2005) são olhadas com precaução e raramente são olhadas com compaixão, por isso a sua experiência central é de degradação e de abandono, pelos seus líderes, familiares, e sociedade no geral.

French (2005), observou que em pessoas amputadas podem surgir sentimentos de resignação, sujeição e falta de escolha para além de se poderem oferecer a si mesmos à autoridade de outros “comandantes” que não são eles próprios, especialmente aos seus líderes. Deste modo, os relacionamentos sociais anteriores à amputação, construídos sob égides morais, foram transformados em algo puramente material e utilitário até serem abandonados pelos seus líderes quando as perdas das pessoas amputadas deixavam de lhes ser úteis. É preciso referir que estas pessoas amputadas estão inseridas num sistema de crenças religiosas dominadas pela doutrina do Theravada - segundo a qual o futuro nunca está inteiramente determinado, pois depende sempre das acções meritórias da vidas presente, mas simultaneamente “existem poucas ou nenhuma conotações de responsabilidade pessoal [...] em vez disso [...] o *karma* é construído como uma importante força – a lei do karma – sobre a qual ninguém tem qualquer controlo” (French, 2005) - o que pode condicionar o reforço dos referidos sentimentos de

sujeição, resignação, e falta de controlo ou poder pessoal, e por outro lado, reforçar a “leitura” cultural da amputação como um “signo” de má fortuna.

José Gil (1995, 2001) considera o corpo como espaço de inscrição de signos e códigos. Porém, não sendo ele codificável, o corpo ganha um estatuto de *significado flutuante* (Babo, 2001) que lhe detona uma forma particular de leitura. Leitura esta que Leal (1990) considera como aquela que fazemos de um texto, susceptível de ser “lido” através dos signos que lhe são atribuídos:

“Tal como um texto quando se retiram fragmentos do seu sentido. O texto continua a ser o texto, ainda que amputado. Entretanto, os segmentos retirados e utilizados noutro contexto nada nos dizem do texto original. Podemos fazer quase tudo com esse fragmento, inclusive destruir-lhe o sentido original. [...] Constrange-lo é destruí-lo. [...] É deixar o texto e iniciar o discurso. Com o corpo, enquanto unidade complexa, assiste-se tal como no texto a este trabalho de desconstrução e montagem. [...]. Ora, ao nível do corpo também acontecem todos estes processos. Só que o corpo, porque tem de facto a dimensão do texto que tentámos explicar, não é passível deste procedimento até às ultimas consequências (vide Dr. Frankenstein)”.

Usando da alusão de Leal (1990), podemos então dizer que transformar a semiologia que o corpo de uma pessoa amputada nos pode passar em uma gramática é como subtrair à pessoa a sua história prévia à amputação, retirar-lhe desde o poder pessoal da acção relacional autónoma até ao poder económico, podendo assim contribuir para que esta seja levada a níveis de pobreza a vários níveis. French (2005) verificou que as perdas das pessoas amputadas que estudou, confirmam a destruição da pessoa desde a esfera pessoal mais íntima até às dimensões mais públicas e mensuráveis, incluindo a pobreza monetária da pessoa amputada e da sua família. Este tipo de perda pode assim trazer sentimentos de estranheza, de falta de continuidade, e de prejuízo, tal como um dos entrevistados de French (2005) refere:

“Hoje em dia eu sinto-me estranho, e diferente de quando eu era jovem. Agora a minha mente está muito fraca; já não sou esperto como costumava ser. Antes de eu perder a minha perna eu era um bom aluno. Mais ninguém quer estar perto de mim; eu era sempre o primeiro na minha turma. Agora eu não sou tão inteligente como era antes de perder a minha perna”.

Ser “*por-si*” torna-se então uma tarefa dificultada, onde a estranheza não está apenas no seu exterior mas também em si mesmo. O corpo pessoal e intransmissível – vivido - passa a ganhar uma dimensão múltipla junto de si e dos outros (Csordas, 2005), e por vezes passa a ser observado, da forma como o fazemos com os objectos. Nesses

momentos, o corpo amputado pode assumir as qualidades dos objectos “simplesmente dados” que se pode “manipular” em vez de simplesmente *ser* (tal como Heidegger declara), e por vezes, sob este olhar, entre estas pessoas podem surgir sentimentos de resignação, como se, após a amputação, já nada poderá ser feito por elas, por considerarem que as suas acções já não são relevantes comparadas com os seus desejos e com as capacidades de outras pessoas sem deficiência, sentem ainda que a perda física teve também efeitos na sua percepção como seres inteiros, sentem-se vazios e sentem a perda da sua auto-imagem (Sjödahl et al, 2004), para além de também sentirem ainda que a sua dependência é uma fonte de sofrimento diário, que lhes causa medo, infelicidade, insegurança, deixa-as assustadas, com sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima, e preocupação (Chini & Boemer, 2007).

Vemos em Sartre, na obra “*Ser e nada*”, que a estranheza de si mesmo é confirmada pela estranheza do outro que olha e que, ao despir-se e revelar algumas ideias e posições, despe também quem olha. Alicerçado na filosofia fenomenológica de Hegel, Husserl, e Heidegger, Sartre (2005) teorizou acerca desta problemática e das suas implicações psicológicas. Para este autor, é através do olhar do outro que é possível dar forma à constituição do ser, através de uma consciência da sua temporalidade, devido à simultaneidade dos olhares que se cruzam mesmo ainda que sem relação unificadora, e devido à sua espacialidade, i.e. há uma distância entre o olhar/olhado que é dada. Nisto, podemos dizer que o eu é profundamente afectado pelo outro, perdendo a sua transcendência porque passa a ser uma “coisa” com objectividade, conduzindo-o à anulação da sua liberdade. Porém, na realidade este ser-objecto é um ser probabilístico, não há certezas sobre a sua posição no mundo, e por isso também lhe é devolvida uma dimensão de subjectividade, quer a quem olha, quer a quem é olhado, que obriga os olhares que se cruzam a enquadrarem-se no seu contexto, revelando os dois seres em simultâneo como sujeitos e objectos. Esta é uma visão fundada na perspectiva husserliana do homem relacional e da sua intencionalidade encarnada.

Para Sartre (2005), quando olho o outro em relação a mim, para além da sua dimensão de objecto e do seu contexto, e assim tornando-o probabilidade, defronto-me com o meu “nada” absoluto e com a probabilidade da minha aniquilação. Por isso, Damásio (1999) diz que “a existência do outro é a minha queda original, este “outro-olhar” é a minha transcendência transcendida”, pois “não sou mestre da situação, ou, se

o sou, essa situação tem uma dimensão que me escapa”. Quando não estou em relação com outrem de forma integral, torno-me simples objecto dado, não situado, e exposto aos juízos do outrem tornando-me seu escravo, porque nem a minha consciência me pode separa dele, nem vice-versa, torno-me num ser “para-si” e “sou de maneira a não ser o que sou e a ser o que não sou”, concretizando o meu próprio nada, enfrentando a queda na minha alienação e o vazio absoluto em direcção à objectividade que não me deixa sequer alienar-me de mim mesmo. Nisto, o outro é uma liberdade estrangeira, e isto é um facto.

Eu sou limitado, concreto, situado, tal como outro. Sou certeza, porque eu determino o meu “ser-olhado” pelo “outro-objecto”. O outro não pode captar-me sem que eu o capte de algum modo também. Porém, o olhar para o “outro-objecto” assume formas de medo, angustia, vergonha, etc. Formas de ser que limitam a liberdade do projecto pessoal, com a aparência de aprisionamento e de “coisificação” do eu, que o distancia do mundo, tornando-o um ser maioritariamente “para-si”. Quando o “para-si” nega a sua liberdade e opta pela sua finitude dada pela relação originária constituinte do “por-si” (na “transcendência transcendida”), também o outro deixa de ser objecto/outro e surge como um outrem. A prevalência da negação do outrem em detrimento da afirmação do eu é, segundo Sartre (2005), a forma mais comum de nos limitarmos. Ao permitir ser limitado apenas pelo outrem, sou co-responsável pela minha má-fé e inautenticidade existencial, abandono o meu projecto livre e a minha responsabilidade sobre ele, e aprisiono-me à vergonha, e ao medo, e distancio-me da minha concretização assim como do genuíno reconhecimento da existência do outrem porque descoro-lhe uma dimensão essencial: eu.

O medo dá-nos um novo tipo de “hemorragia intramundana” que torna o outrem-sujeito num ser perverso que é fuga e desaparecimento. A vergonha de mim surge apenas diante do outrem e na presença da simultaneidade das dimensões do “eu” (sujeito), o “de-mim” (objecto), e o “outrem” (sujeito), e omite o “outro” (objecto). Só no desaparecimento de uma destas dimensões a vergonha pode dar lugar a outra forma de ser. Assim, eu co-constituo-me na presença do outro e vice-versa, e apenas sou transcendência do outro transcendendo a minha possibilidade de ser “para-mim”. Só pelo olhar do outro posso passar a remeter-me a mim mesmo. Por tudo isto, a relação com o outrem é essencialmente conflito. Segundo Damásio (1999):

“Olhando-me, o outro julga-me, faz de mim objecto do seu pensamento. Eu dependo dele. Passo a estar em perigo e esse perigo é a estrutura permanente do meu ser para o outrem. De certa forma, eu poderia gozar dessa escravidão sob o olhar do outrem, pois se perco a minha liberdade, perco, conseqüentemente, as minhas responsabilidades, porém, isso não passa de uma ilusão, porque a minha redução ao estado de objecto não me permite escapar à minha posição de sujeito e, ainda, solicita esta posição, pois da mesma forma que sou olhado também olho. O outro obriga-me a me ver através do seu pensamento como sou, reciprocamente, obrigo-o a ver-se através do meu. Eu dependo do outro que depende de mim”

O corpo manipulado e o seu cuidado

É então no contacto com o olhar dos outros que a nova imagem se torna presente após a amputação: algo se transforma para além do corpo que perde um membro. Como Wolf (2005) coloca: “*Would you be here, exist in physical form, if no one observe you? In a real sense, the answer is no.*”. Heidegger (2006) diz que a questão da corporalidade coloca-nos perante a questão ontológica de existirmos, antes de mais, no mundo, perante a questão do *Dasein*: a facticidade das nossas existências, a nossa contingência de sermos corpo que é lançado no *mundo-com-outros*. Medard Boss (1997, 2001; cit. Heidegger, 2001) reforça isto quando nos diz que os limites do corpo coincidem com os limites da minha abertura para o mundo. Assim, quando uma pessoa é amputada podemos compreender que a sua abertura para o mundo se modifique, e se feche mais, como consequência de experiências de sofrimento como as que têm sido referidas pelos estudos anteriormente mencionados, sendo este um movimento que surge desde os momentos pré-operatórios e continua a desenrolar-se após a cirurgia.

Chini & Boemer (2007) referem que nos momentos pré-operatórios as pessoas tendem a experimentar sentimentos ambíguos quando se sentem “à porta” de virem a assumir uma nova forma de ser-no-mundo, e aí podem expressá-los verbalmente, corporalmente, ou omiti-lo, e mesmo quando afirmam concordar com a cirurgia, surgem sentimentos de desencorajamento, dor, angustia, medo, tristeza e choro, e desanimo. Aquando do primeiro confronto com a amputação, esta pode ser percepcionada como um trauma adicional ao acidente ou ao diagnóstico (Sjödahl et al, 2004), e por vezes esta situação coloca dificuldades em viver no mundo do hospital quando estas pessoas se sentem defraudadas nas suas expectativas de cura e de tratamento, despertando sentimentos relacionados com falta de confiança no que lhes é dito, incerteza, medo, e

tratamento “desumanizado” e invasivo, que não considera o poder de decisão ou a necessidade de conhecimento de quem está internado (Chini & Boemer, 2007).

Uma vez que “a corporalidade não é limitada pela carne ou pela pele” (Letunovsky, 2004), os tratamentos ou intervenções que lhe podemos fazer pelo modo que Heidegger dá o nome de *manualidade* (estar à mão/ “*present-to-hand*”), podem ser entendidos como modos impessoais, tratando o corpo de forma semelhante àquela com que podemos manusear p.e. um martelo, “um dos exemplos favoritos de Heidegger”, tal como nos diz Cerborne (2000):

“For Heidegger, what it is for something to be a hammer cannot be understood in terms of the properties (shape, weight, colour, molecular composition, etc.) of an object. To say what a hammer is, one must describe hammering; one must, that is, describe the way in which a hammer is *used*. In doing so, one will inevitably mention other “things” such as nails, saws, and lumber, and purposes such as holding two pieces of wood together, constructing a house or piece of furniture, and *roles* such as being a carpenter or craftsman”.

É como quando olhamos para o corpo amputado como sendo um tipo particular de *equipamento* que é essencialmente “‘*something-in-order-to...*’. *A totality of equipment is constituted by various ways of the ‘in-order-to’, such as serviceability, conductiveness, usability, manipulability.*” (Heidegger, cit.: Cerborne, 2000). O que, como nos diz Letunovsky (2004), não é negativo, o problema coloca-se apenas quando este tipo de compreensão do ser humano é transposto para toda a realidade humana como sendo um todo. Ou, como disse Boss (2001, cit.: Heidegger, 2001) , podemos medir a composição química de uma lágrima, mas, com o mesmo tipo de métodos, não poderemos nunca medir o luto, a alegria ou a raiva que essa lágrima representa.

É necessário compreender o significado dos actos e gestos humanos para além do que nos é “simplesmente dado” (“*present-to-hand*”), compreendermos de que forma este corpo é vivido “*ready-to-hand*”, na sua dimensão relacional enquanto totalidade, enquanto *ser-no-mundo*, muito para além da sua dimensão espacial e temporal, muito para além da sua dimensão utilitária e manipulativa que, por si só, acrescenta vulnerabilidade e alienação ao invés de sentimentos de protecção e de identidade ou propriedade de si mesmo (Laing, 1995; cit. Letunovsky, 2004). Na amputação, as relações com o mundo encontram-se modificadas em todos os sentidos, e por vezes, o modo como se tentam restabelecer pode levar a formas de cuidado pessoal e

interpessoal (no sentido heideggeriano) que podem oscilar entre pólos como o proteccionismo ou paternalismo, e/ou a estigmatização e hostilidade declarada, os três extremos são facilitadores de sentimentos de dependência, insegurança, medo, inferioridade, baixa auto-estima e baixa auto-confiança, alienação, sentimentos de incapacidade, auto-decepção, entre outros (Chini & Boemer, 2007; Sjö Dahl et al, 2004). O contacto com um conjunto de novas associações e formas de *ser-no-mundo-com-outros*, pode ser indicador de uma forma de contacto com algumas angústias mais básicas, existenciais, como o vazio de sentido e a falta de sentimentos de liberdade de possibilidades, onde, por vezes, a tendência é que a pessoa e quem a rodeia pode, como Mattar (2005) nos refere:

“Reduzir o “ser-com-o-outro” ao mundo das ocupações, empenhando-se no controle, na certeza e na segurança. Neste modo mediano de “cuidado”, imperam a dependência e a dominação, ou as relações de uso e descarte, ainda que não apropriadas tematicamente [Sartre faz a distinção entre conhecimentos tematizados e não tematizados], e encobertas por discursos impessoais de valorização dos “afectos” e da “necessidade de amor”, ou da impossibilidade de comprometer-se, temendo a imobilidade e a perda de novas e mais *interessantes** experiências [*vide Kierkegaard e o modo de relação inerente à sedução].”

Ludwing Binswanger corrobora esta posição e refere que o corpo não é apenas determinado por características fisiológicas, capacidades ou incapacidades, mas também, sendo todo o homem primordialmente o seu corpo, isto não constitui um atributo seu nem uma aquisição da qual pode “dispor” como se fosse um objecto qualquer, como um utensílio ao nosso alcance (Bracco, 2004). Segundo Pfeiffer (1994, cit.: Castro, Garcia, & Rodriguez, 2006), quando o nosso corpo sofre uma doença ou alteração orgânica, é alterada a imagem corporal e este passa a ser visto como “um objecto entre objectos” e separa-se do mundo-com-outros (*Mitwelt*) para centrar-se no corpo próprio (*Eigenwelt*); deixa de ser um “*sujeito de intenção*” para ser um “*objecto de atenção*” em que as dimensões de tempo vêem-se reduzidas ao tempo da perturbação e ao espaço dos limites do corpo. Por isso, segundo Rovalletti (1998, cit.: Castro, Garcia, & Rodriguez, 2006), a intenção de “reparar” o corpo, pode surgir como uma tentativa de solucionar um assunto relacionado com a identidade, que, segundo este autor, pode ser o centro de todas as crises não resolvidas, por sua vez movidas por elementos regressivos e destrutivos.

A reorganização antes e depois da amputação

Para que a crise da amputação possa ser enfrentada e/ou resolvida, as pessoas tendem a desenvolver estratégias de *coping* para as suas vidas quotidianas e para isso existem pré-requisitos que foram identificados (Sjödahl et al, 2004). Sjödahl et al (2004), referem que os participantes do seu estudo diagnosticados com tumor descreveram as suas dificuldades em compreenderem totalmente a importância e as consequências acerca do que iriam fazer (amputação). Algumas pessoas sentiram que a informação inicial não foi suficientemente explicativa do que iria acontecer, sendo dada de forma a tentar mitigar as suas consequências e importância inerentes. Estas pessoas sentiram que o sentido da cirurgia dado pela equipa médica foi confuso ou obscuro. Estes participantes referem que não compreenderam o significado de ser deficiente e sentiram que isso dificultou-os na preparação para a amputação. Segundo este estudo, os pacientes também se sentiram relutantes para fazerem questões uma vez que partiam do princípio de que não sabiam se estavam preparados para enfrentar e lidar com as respostas.

Foi referido por Sjödahl et al (2004), que as estratégias de coping desenvolvidas pelas pessoas amputadas que estudaram incidiram especialmente em: 1) comparações com outros nas quais se sentem menos inferiorizados; 2) comparações positivas; e 3) repressões. Muitos participantes descrevem que têm faltas de memória acerca da forma como a amputação aconteceu, outros expressam pensamentos e questões repetitivos ou ruminantes, mesmo que já não estejam na fase aguda (imediatamente após a amputação), apesar destes surgirem mais evidentes na fase aguda. Todos estes participantes relataram comparações com outros que vêem como inferiorizados, ou em situação pior que a sua. Outras pessoas usam a estratégia de se compararem com aqueles que imaginam ser mais afortunados ou que imaginam ter mais vantagens.

Segundo Sjödahl et al (2004), as pessoas amputadas estudadas referem não se sentir preparadas para estar expostas a pessoas que se mostrem “pasmadas”, ou a responder a questões consideradas íntimas. Sentem-se estigmatizadas, julgadas, e avaliadas pelos “olhares pasmados”, e fazem tudo o que podem para ser e agir como pessoas “saudáveis”. Isto é experimentado frequentemente como desprazeroso. São feitas descrições de como fazem tentativas de evitamento deste estigma quando fazem tudo o que podem para se sentirem iguais. Sentem uma forte necessidade para esconder

e cobrir a perna amputada, sentem-se limitados a escolher as suas actividades recreativas e preferem hobbies que possam fazer em casa. Segundo os autores, a maioria destas pessoas recusa totalmente qualquer actividade que envolva descobrir a perna amputada.

No estudo de Chini & Boemer (2007), as autoras perceberam que o uso de próteses pode servir como uma forma de preencher um sentimento de continuidade no mundo. Existe a crença de que as próteses tornam possível a realização de qualquer actividade, aumentar a auto-estima e, assim, minimizar os efeitos negativos que resultam da amputação. Apesar de existirem todos os tipos de prótese, adequadas para qualquer nível de amputação, são preferidas pelos pacientes aquelas que se podem colocar a um nível mais distante do coto, a fim de facilitarem a reabilitação. É considerado que se a reabilitação se processar adequadamente os pacientes poderão ter uma vida praticamente normal e podem realizar as actividades que quiserem. As próteses têm custos económicos elevados e por isso, muitas vezes adquiri-las é ainda um sonho que não podem tornar real e que leva estas pessoas a enfrentarem mais um obstáculo à sua movimentação no mundo.

Todas as pessoas amputadas do estudo de Chini & Boemer (2007) revelaram desejo de adquirir uma prótese o mais cedo possível, ainda no período pré-operatório, sendo que isto é habitualmente reforçado pela equipa médica, referindo a importância de posteriormente ser feita reabilitação com o uso de uma prótese, provavelmente para mitigar o sofrimento causado pela amputação e pelo seu anúncio. Porém, estes instrumentos também são considerados extremamente importantes para as pessoas que já realizaram a amputação, e por vezes o seu uso acarreta dificuldades relacionadas com a sua adaptação, com começos e recomeços vezes sem conta, pois os pacientes reconhecem que a parte orgânica do seu corpo já não está lá. Para estas pessoas, as próteses parecem algo que os ajuda a mover um passo à frente, uma vez que passam a considerá-las não só como um objecto facilitador, mas também como algo que passará a ser uma parte do seu corpo. Representa um horizonte de possibilidades. Segundo as autoras deste estudo, a prótese torna-se uma parte fundamental do corpo, que permite uma percepção de preenchimento e completude de alguma forma similar à do membro fantasma.

As mesmas autoras do estudo acima referido, perceberam que quando surgem membros fantasma, estes são sentidos de forma intensa e verdadeira, e deste modo os pacientes tendem a integrá-los como extensões do seu próprio corpo, uma forma de manutenção das expressões corporais e de linguagem. Segundo Chini & Boemer (2007), o membro em falta toma formas e vida no mundo da pessoa amputada, como se o projecto que garante a integridade do ser humano só seja possível se os seus corpos estiverem completos. Poderíamos acrescentar aqui que esta referência das autoras pode remeter-nos para o conceito de *Dasein* e da sua natureza progressista, descrito por Heidegger (2006), o qual só se torna inteiramente concluído com o morte, para se dar o cumprimento do projecto existencial, i.e. o ser dado por completo, ou o fim da mudança e do (tempo) presente como refere Husserl (1994).

Para Chini & Boemer (2007), o membro fantasma é uma forma de ser ou estar-no-mundo, de estar completo por estar aberto às acções no mundo, preenchido, e dispondo inteiramente das possibilidades de *vir-a-ser*, uma forma da pessoa ficar mais aberta ao seu projecto existencial. Surge neste panorama de recusa da mutilação e crença no membro fantasma, uma ideia de constituição de um “pensamento orgânico” no qual é tornada possível uma relação entre a constituição mental e a constituição física, com integração entre o psicológico e o fisiológico sem rupturas nas suas vivências. Tal como Merleau-Ponty (fen percep, cit. Chini & Boemer, 2007) refere, na explicação fisiológica, o membro fantasma aparece como uma simples persistência de estimulações interoceptivas, na explicação psicológica, os membros fantasmas tornam-se uma colecção, uma percepção. Segundo Merleau-Ponty (2006b, p.112), as lesões dos centros e até mesmo dos condutos não se traduzem pela perda de certas quantidades sensíveis ou de certos dados sensoriais, mas por uma diferenciação de função, em vez de perdas (fisiológicas ou psicológicas) existem antes modificações ao nível da organização perceptiva (p.e. espacial ou temporal) e sensorial. É assim que as autoras reforçam que partindo de explicações objectivas mecanicistas, fisiológicas ou psicológicas, e levando-as como sendo as únicas explicações, podemos estar a reduzir grandemente a dimensão existencial do membro fantasma e a sua importância para os pacientes amputados. A conexão e o relacionamento das duas dimensões é essencial para a sua integração na existência da pessoa.

Inspiradas pelas teorias existencialistas, especialmente a de Merleau-Ponty, as autoras descobrem os membros fantasmas como fenómeno substituto de um movimento de *ser-no-mundo*, e não como um efeito simples de uma causalidade objectiva, pois, os pacientes parecem ignorar a mutilação, a ausência orgânica, e passam a considerar o fantasma como um membro efectivo e “*actualizado*”. Quando existem, estes membros fantasmas tornam-se parte constituinte do corpo da pessoa amputada, sendo capazes de mate-la inteiramente no mundo, na tentativa de preencher o espaço em falta, por substituição. Segundo Merleau-Ponty (2006b, p.114), o desdobramento de uma estrutura ou seja, a sua modificação, “não pode ser representado como uma série de processos na terceira pessoa, transmissão de movimento ou determinação de uma variável por outra. Não posso ter dela um conhecimento distante”. Para ser conhecido com fidelidade, o corpo da pessoa amputada, e consequentemente as experiências da mesma, devem ser substituídos ou complementados com o “*corpo do qual tenho a experiência actual*” pois, para este psicólogo, “só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direcção ao mundo”.

Mesmo que num paciente amputado algum estímulo se substitua ao da perna no trajecto que vai do coto ao cérebro, e que o paciente venha a sentir uma perna fantasma porque a alma está imediatamente unida ao cérebro e apenas a ele, e mesmo sabendo que “*o membro fantasma conserva frequentemente a mesma posição em que estava o braço real no momento do ferimento*” (Lhermitte, cit.: Merleau-Ponty, 2000, p.115), nenhum conjunto de traços cerebrais poderia representar as relações de consciência que intervêm no fenómeno, uma vez que ele também depende de determinantes “psíquicos”, como seja a emoção e a recordação. Segundo Lhermitte (cit.: Merleau-Ponty, 2000, p.115):

“Uma emoção, uma circunstancia que relembre as do ferimento fazem aparecer um membro fantasma em pacientes que não o tinham”, e pode acontecer que “o membro fantasma, enorme depois da operação, se encolha de seguida para enfim se absorver no coto “com o consentimento do doente para aceitar a sua mutilação”.

Então, se podemos dizer que um membro fantasma é uma recordação, uma vontade ou uma crença e, na falta de uma explicação fisiológica, podemos dar uma explicação psicológica, devemos então compreender:

“como é que os determinantes psíquicos e as condições fisiológicas se engrenam uns nos outros: não se concebe como é que o membro fantasma [...] pode *por um lado* depender da história pessoal do paciente, das suas recordações, das suas emoções ou das suas vontades” (Merleau-Ponty, 2000, p.116).

Vemos assim que uma teoria mista é “*fundamentalmente obscura*”, pois o membro fantasma “só poderia ser uma mistura dos dois se encontrássemos o meio de articular um ao outro, o “psíquico” e o “fisiológico”, o “*para si*” [*cogitationes* como a aceitação e a recusa, e a consciência do passado e a emoção – “factos psíquicos que não estão em parte nenhuma”] e o “*em si*” [que são processos objectivos como os influxos nervosos]” (Merleau-Ponty, 2000, p.116).

Há então que facilitar entre eles “um encontro, caso os processos em terceira pessoa [como as relações com o corpo do tipo “isso” ou “objecto à mão”, como referimos no anterior subcapítulo] e os actos pessoais possam ser interligados por um meio que lhes seja comum” (Merleau-Ponty, 2000, p.117). Segundo Merleau-Ponty (2000a, 2000b), o homem *existe, tem* um mundo e *é* para um mundo, mas isso não quer dizer que ele tenha percepção ou consciência objectiva desse mundo, pois muitas vezes, como nos actos reflexos, surge apenas um reconhecimento corporal e uma “abertura” às situações. Para o autor, há uma determinada consciência acerca do nosso “mundo” tal como percebemos, que é relativamente independente dos estímulos, e que nos impede de tratar o *ser-no-mundo* como uma soma de reflexos. É por ser uma visão *pré-objectiva* que o *ser-no-mundo* não pode ser tratado como um processo em terceira pessoa, ou como um acto de consciência, e é por este mesmo motivo que ele poderá realizar a junção do “psíquico” e do “fisiológico”.

Para Merleau-Ponty (2000), aquilo que em nós recusa a mutilação e a deficiência é um *eu* comprometido com um determinado mundo físico e inter-humano que lhe é familiar. Deste modo, ter um membro fantasma é:

“Permanecer aberto a todas as acções das quais apenas o braço é capaz, é conservar o campo prático que se tinha antes da mutilação. *O corpo é o veículo do ser no mundo* [...], tenho consciência do meu corpo através do mundo, [...] sendo o meu corpo o pivô do mundo: sei que os objectos têm várias faces porque eu poderia dar a volta em torno deles, e nesse sentido tenho consciência do mundo por meio do meu corpo” (Merleau-Ponty, 2000, p. 122).

Quando uma pessoa não tem consciência que no conjunto do seu corpo se delimitam “*regiões de silêncio*”, como numa amputação, sabe da sua perda precisamente porque a ignora, e ignora-a precisamente enquanto a conhece: este é um paradoxo identificado por Merleau-Ponty que nos leva a uma posição de ambiguidade quando estudados qualquer experiência, necessariamente corporal. Segundo Merleau-Ponty (2000), esta ambiguidade é comum a qualquer ser humano, e reduz-se ao facto do nosso corpo comportar a camada do “*corpo habitual*” e a do “*corpo actual*”. Para Merleau-Ponty (2000, p.125):

“A existência pessoal é intermitente, e, quando essa maré reflui, a decisão só pode dar à minha vida uma significação forçada. A fusão entre alma e corpo no acto, a sublimação da existência biológica em existência pessoal, do mundo natural em mundo cultural, é tornada ao mesmo tempo possível e precária pela *estrutura temporal da nossa experiência*. Cada presente, através do seu horizonte de passado imediato e de futuro próximo, apreende pouco a pouco a totalidade possível; ele supera assim a dispersão dos instantes, está em posição de dar o seu sentido definitivo ao nosso próprio passado, e de reintegrar à existência pessoal até mesmo este passado de todos os passados que as estereotipias orgânicas nos fazem adivinhar na origem do nosso ser voluntário”.

Assim, para este autor, “a ambiguidade do ser no mundo traduz-se pela ambiguidade do corpo, e esta compreende-se por aquela do tempo [histórico e intencionalmente orientado para o mundo]”. E, neste âmbito, a história “não é nem uma novidade perpétua nem uma repetição perpétua, mas o movimento único que cria formas estáveis e as dissolve”, por isso “o homem concretamente considerado não é um psiquismo unido a um organismo, mas este vaivém da existência que ora se deixa ser corporal e ora se dirige aos actos pessoais” (Merleau-Ponty, 2000, p.126). O autor de livros como “A fenomenologia da percepção”, “O visível e o invisível”, e “A estrutura do comportamento”, refere ainda no primeiro dos livros mencionados que “os circuitos sensoriomotores delineiam-se tanto mais claramente quando tratamos com existências mais integradas, e o reflexo em estado puro quase só se encontra no homem, que tem não apenas um meio circundante (Umwelt), mais também um mundo (*welt*)”. Uma vez que “estes dois factos se ligam interiormente, é preciso que entre o homem e a sua acção seja criada uma distância [...], onde cada situação momentânea deixe de ser para ele a totalidade do ser.” Assim, “o homem pode adquirir o espaço mental e prático que em princípio o libertará do seu meio circundante e fará com que ele o veja” (Merleau-Ponty, 2000).

MÉTODO

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS À METODOLOGIA

*“La razón de la sinrazón que a mi razón se hace,
de tal manera mi razón enflaquece, que com razón me quejo”*
(Cervantes, *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*, 1ª parte, I)

Delineamento do estudo:

O presente estudo recorre a um método qualitativo desenhado segundo uma orientação fenomenológica, aplicada à investigação dos fenómenos psicológicos manifestados pela percepção que os participantes têm das suas experiências relacionadas com a sua amputação. Uma vez orientada fenomenologicamente, esta pesquisa funda-se na problematização da realidade aparente e na problematização dos motivos que levam o homem a agir e a ser de diferentes modos. Tal como Don Quixote se manifesta acerca do sentido dos seus actos que vão para além do que pode ser explicado racionalmente, também nós nos interrogamos aqui acerca da natureza dos fenómenos que constituem a experiência subjectiva de quem vive com a amputação de um membro do seu corpo. É assim que, ao invés de nos tentarmos focar no que podemos retirar de exclusivamente objectivo ou de exclusivamente subjectivo de uma experiência, tentamos focámo-nos na simultaneidade destas duas dimensões, pois é assim que Husserl delineou a sua fenomenologia: na co-constituição dos conteúdos e dos motivos que mobilizam as acções psicológicas humanas e a percepção que temos destas. Para isso partimos de uma noção de experiência subjectiva que é intencional e relacional no sentido Husserliano.

Trata-se de um estudo exploratório na medida em que não é pretendida a universalização dos resultados mas antes a sua dimensão generalizável apenas às circunstâncias, representações, sentimentos, desejos, realizações vivas, juízos, pressupostos, etc. (i.e. os objectos ou conteúdos que constituem a consciência), e às significações próprias que são dadas pelos participantes, e interpretadas por nós, investigadores, através de uma leitura eidética.

O problema em estudo:

Assim, pretendemos encontrar as estruturas ideográficas que constituem as experiências mais significativas de se ser amputado de um ou dois membro(s). Entendemos por estruturas ideográficas as descrições validadas cientificamente das ideias, sentidos, e significados pelas quais as pessoas expressam verbalmente os seus conteúdos mentais – entendam-se *intencionais* (Wertz, 2005), partindo do princípio husserliano de que tudo o que existe, existe para uma consciência, ainda que não esteja a ser visada. Por estruturas gerais, entendemos os significados e sentidos comuns entre as pessoas estudadas e que as podem unir em torno de um determinado acto de identificação com algo (Wertz, 2005; Giorgi, 2002).

Devemos ainda acrescentar que este estudo também serve como meio de testagem da aplicabilidade da fenomenologia à investigação psicológica, enquanto possível contributo para o conhecimento científico no geral, e para o estudo da experiência psicológica da amputação em especial.

A FILOSOFIA DE HUSSERL E O SEU MÉTODO FENOMENOLÓGICO

Edmund Husserl, ao constituir as suas ideias, teve intenções epistemológicas, na ambição de construir uma teoria do conhecimento, e nesta também incluiu o estudo do conhecimento da experiência humana, i.e. subjectiva, tal como é (ou em nosso entendimento, como *deveria ser*) o objecto de estudo da psicologia. De seguida seleccionamos apenas algumas ideias e referências que nos possam ser indispensáveis à compreensão do método de análise escolhido e que possam servir de guias para quem se pretenda iniciar num maior conhecimento acerca das teorias subjacentes ao método fenomenológico de Husserl.

Não é consensual que as ideias de Husserl sejam expostas de forma cronológica, uma vez que toda a sua obra é marcada por reformulações e encadeamentos de conceitos e teorias assinalados tanto por hesitações, quanto por reforços, e daqui decorre que “esta doutrina não seja bem uma doutrina mas fundamentalmente apenas um método” (Ferreira, 2004), que sempre foi fiel ao princípio científico da mutabilidade

com base nas evidências que se vão desvelando com a experiência. Porém, tendo em conta que não é o nosso objectivo elaborar neste momento uma análise ao método, em anexo (anexo a), expomos uma síntese das nossas pesquisas e leituras juntamente com a proposta de organização das ideias principais do método em três momentos de desenvolvimento, esta última apresentada pelo professor Pedro Alves (2008). Nesta podemos ver o percurso desde o desenvolvimento de uma análise estática e descritiva das sínteses (ou *eidos*) da consciência, até ao desenvolvimento de uma teoria e método genético e dinâmico, capaz de fornecer “instrumentos” reflexivos para uma análise das sínteses activas, constituintes, e intersubjectivas, que nos podem mostrar como surgem as dinâmicas nas experiências humanas.

Assim, de momento deixamos apenas o apontamento de que o nosso trabalho irá seguir, tanto quanto possível, a dimensão intercomunicativa de toda a obra de Husserl e o seu carácter dinâmico e em actualização dos conceitos e das referências a que alude, não de forma estrita, mas de forma adaptada à psicologia. Para isso, nas nossas análises às entrevistas, utilizaremos os passos metodológicos reflexivos da *descrição*, da *variação eidética*, e da *redução fenomenológica* e *epochê*, e com recurso à *intuição*, (previa a qualquer predicado), faremos ainda uso prático da ideia “viva” da *intencionalidade* como forma de conhecimento, relativo a algo, e de co-relação com os constituintes dos fenómenos que se apresentam à consciência de quem os percepçiona. É desta forma que cremos poder proceder a uma análise dos objectos (ou dos “quês”) que constituem a consciência de quem experimentou uma amputação através dos seus actos (ou do “como” os *experienciam*).

Atitudes de base à aplicação do método husserliano

Tematização (ou atribuição de significados) aos fenómenos da consciência: Uma vez que na fenomenologia a consciência não pode ser evitada, tudo o que existe na experiência de uma pessoa é passível de ser acessível ao conhecimento e por isso, mesmo os conteúdos “antepredicativos” podem passar a ser “tematizados”, através do conhecimento do sentido de uma experiência, i.e., “como” esta se dá. A consciência contribui para o significado das percepções através de diversos modos, estilos, formas, e por aí em diante (Giorgi, 1997).

Intuição: A forma como as coisas estão presentes à nossa consciência no imediato é de natureza intuitiva: uma forma de estar “aware” acerca da totalidade de

uma experiência e do seu sentido. Mesmo sem ainda termos reflectido sobre essa experiência, existe um conhecimento “básico”, de natureza causal, que é fundamental para nos podermos dirigir aos caminhos da nossa procura por um conhecimento mais apurado acerca da realidade que percebemos. É também assim que tudo o que percebemos já existe “aí” para nós, já está inteiramente presente. Seguir as direcções da intuição é uma forma de estruturar a experiência, dar-lhe forma e sentido, abrindo as possibilidades mais essenciais de tornar a realidade percebida em algo de concreto e significativo, mesmo que seja um delírio, uma alucinação, uma falsa memória, etc. (Giorgi, 1997).

Intencionalidade: A consciência dirige-se sempre a algo que não é a própria consciência, e esse algo transcende sempre o acto de se dirigir a ele, esse algo é revelado e aparece como presença própria e em relação com o “quê” que percebe. Assim, o grande significado da experiência subjectiva implica uma relação com os “objectos”, e para ser intrinsecamente um “objecto”, implica sempre estar relacionado com um sujeito, por este motivo, o “sujeitobjecto” deve ser entendido estruturalmente e holisticamente (Giorgi, 1997). Contudo, há que referir que o objecto em si transcende sempre o conhecimento que temos dele, e por isso nunca é totalmente apreensível em si mesmo, mas apenas numa perspectiva de cada vez, tal é a natureza paradoxal das relações de conhecimento e das próprias experiências subjectivas. Por estes motivos, a realidade percebida é sempre questionável, ainda que seja apoditicamente válida.

Os exercícios fenomenológicos husserlianos para acesso ao conhecimento da essência das experiências

Descrição: É através dos signos, e consequentemente da linguagem, que podemos “designar” os conteúdos e as estruturas das nossas vivências, i.e. a sua “qualidade de forma” fundada nos actos judicativos, e é assim que podemos chegar a uma *unidade descritiva* (Husserl, 2007, p.52-53), às suas essências. Deste modo, descritivo, podemos dar expressão aos objectos de quaisquer actos, tal como estes aparecem correlacionados, enquanto comunicamos com o(s) outro(s) (Giorgi, 1997), pois pela descrição podemos articular os objectos intencionais da consciência com os conteúdos das evidências dadas pela intuição (Mohanty, 1989, cit.: Giorgi, 1997), tal como vimos nos parágrafos anteriores. A presença dos objectos que são dados à consciência de quem experiência são tornados comunicáveis através da descrição, pois através dela é possível apreender as coisas “elas mesmas”, os seus significados em

correlação com os seus significantes, i.e. as estruturas das experiências vividas pelos participantes.

Procuramos os significados psicológicos discriminados, que não são relatados de forma explícita pela pessoa que não conhece o método nem as ciências psicológicas, mas que vive no mundo da vida quotidiana (*lebenswelt*), e por isso podemos dizer que as descrições mais apropriadas a uma investigação fenomenológica são aquelas que são capazes de apreender estruturas distintivas do(s) fenómeno(s) a partir de perspectivas psicológicas implícitas nas verbalizações, e que também incluem relações entre os constituintes da experiência.

Redução fenomenológica: Husserl procura examinar a experiência humana de forma rigorosa, sem a negar, sem a subvalorizar, ou sequer sem a superiorizar. Observar a forma como se dá a subjectividade informa-nos acerca do essencial da constituição do homem, a sua consciência subjectiva, e, portanto, como se forma o seu *self*. Esta abordagem ao *self* e à consciência humana veio contrariar desde logo as noções clássicas (“naturalistas”) de que esta é uma dimensão impossível de conhecer rigorosamente. Nesta descoberta do que é afinal a subjectividade e de como ela constitui o homem, a reflexão é o meio privilegiado para Husserl, e será através de exercícios reflexivos que poderemos ter acesso a esta subjectividade, ou, se preferirmos, poderemos observar as coisas tal como elas se manifestam na sua pureza original (a sua essência), baseando-nos no facto de que uma qualquer situação concreta que é estudada é vivida, antes de mais, através da experiência (e não apenas do pensamento) acerca dessa situação ou acerca do estudo dela. É a esta atitude reflexiva acerca da experiência e consciência que Husserl denomina redução fenomenológica.

Os exercícios reflexivos básicos podem ser quatro, consoante o nível de aprofundamento do conhecimento a que pretendemos chegar: Epoché da atitude natural; Epoché psicológica; Redução/Variação eidética; Redução transcendental. Para os efeitos do nosso estudo (psicológico), e para evitarmos questões epistemológicas e filosóficas controversas, aqui focamos apenas a necessidade de esclarecermos as três primeiras, em concordância com a tese do professor Amedeo Giorgi.

- (1) *Epoché da atitude natural* - Colocamos entre “parêntesis” a “atitude natural” que considera que as coisas já existem de determinado modo mesmo antes de as conhecermos. Transformamos a nossa “atitude natural” (que coloca hipóteses e

adianta conhecimentos pressupostos acerca do mundo e das suas coisas que consideramos à partida pré-existentes e independentes de qualquer acto de conhecimento) (Wertz, 2005). Desta forma, recorremos a uma atitude metodológica que nos ajuda a retornar a um conhecimento pré-científico que, numa primeira instância, reflecte nos significados e sentidos subjectivos que podem não obedecer a uma lógica pré-conhecida, ou mesmo pré-intuída cientificamente. O mesmo é dizer que tentamos ir ao encontro do fenómeno “fresco” tal como é intuído (ou experimentado) enquanto consideramos a existência como algo que é dada precisamente tal como é apresentada, como presença ou como fenómeno (Giorgi, 1997).

- (2) *Epoché psicológica* – Consiste em suspendermos as nossas crenças e conhecimentos por fim a validarmos os significados que constituem as experiências e performances de quem vemos, validando os aspectos noematicos das descrições dos sujeitos, e com isso partimos do princípio que o que é referido não é objectivo nem é a verdade da realidade, mas apenas o correlato daquilo que o sujeito acredita (e vive) que aconteceu, i.e. o que aquela situação significa/significou para ele, não o que ela realmente é/foi (Giorgi, 2000). Isto aplica-se a qualquer objecto psicológico, como p.e. sínteses perceptivas, cinestésias, emoções, crenças, expectativas, e comunicações intersubjectivas (Wertz, 2005). Podemos “reduzir” este tipo de investigação ao campo psicológico, uma vez que “o psicólogo pode investigar a sua esfera de experiências e também o horizonte de experiências intersubjectivas que nos dá acesso à experiência dos outros” (Husserl, 1939/1954, cit. Wertz, 2005). Com este exercício reflexivo reduzimos os objectos ou estados experienciais mas não reduzimos os actos da consciência com os quais os objectos ou estados da experiência estão correlacionados, ou seja, não podemos fazer generalizações dos comportamentos ou das acções, mas apenas dos motivos que os estruturam, pois a psicologia, a subjectividade, apesar de ser sempre relativa a algo, não pode assumir padrões de universalidade no que é aparente. É por este motivo que a fenomenologia distingue o modo como um objecto se dá (se apresenta) de como ele realmente existe, sendo que esta ultima apenas pode ser conseguida após vários actos de consciência (como o fazemos ao aplicar a redução fenomenológica) (Giorgi, 1997).

(3) *Redução (ou Variação) eidética* – Para conhecer as essências dos fenómenos, ou o “quê” que algo “é”, Husserl desenvolveu este terceiro passo metodológico baseado na “*livre variação imaginativa*”, através da descrição (e não na indução ou na dedução), fazendo variar as características invariantes, e clarificando os sentidos e as estruturas/organizações dos materiais subjectivos (Wertz, 2005), i.e. clarificando as essenciais trazidas através do diálogo “exploratório”.

Segundo Husserl (1950; cit.: Schérer, 1954), a palavra “essência” foi considerada como o *Quid* de um objecto ou de um indivíduo, ou seja, aquilo que no seu ser mais íntimo é o seu *Eidos*, a sua ideia mais pura. Compreende-se que a apreensão de uma essência seja facilitada pela intuição que, por sua vez, contém a evidência dos significados que vão sendo descobertos, ou seja a essência é fundada no caminho que vai sendo percorrido pelas evidências e pelas intuições, através de abstracções e variações eidéticas. Tal como Kelkel & Schérer (1954) referiram:

«A essência não é outra coisa senão a explicitação e o preenchimento destes sentidos numa evidência própria que Husserl chama *eidética* ou *visão da essência*. A essência desempenha na fenomenologia um duplo papel: no plano estrutural, corresponde às “condições de possibilidades” da consciência (correlativamente ao seu objecto) e, por isso é inseparável do próprio facto, porque o facto tem a sua ‘essência de facto’, a sua contingência é uma ‘necessidade de essência’».

Sendo o “*eidos*” o invariante da própria variação, é olhando um facto através da suspensão da nossa consciência (pela epochê) que podemos ver esse mesmo facto sob diferentes variações, sem contudo deixar que este continue a ser facto. Ou seja, quando fazemos variar todas as possibilidades de existência de um determinado facto ou acontecimento, o que permanece até aos limites dessa variação (redução eidética) é a sua essência, o seu “*eidos*”, ou se quisermos o seu ser transcendente - a síntese do que constitui um determinado ser ou facto. Neste sentido, e no limite, a essência pura do ser humano pode ser o que na psicoterapia existencial denominamos por “*existenciais*”, como a condição de ser-mortal, ser-corporal, ser-temporal, ser-espacial, ser-humorado, ser-livrer, ser-facticidade, etc. Mas também pode levar-nos ao que Husserl denominou por “*personalidades*”: uma condição marcante da facticidade de cada ser humano, dos seus limites e determinações, pessoais e intransmissíveis, inerentes à sua existência, pois:

«Ao constituir-se a si mesmo, como *substrato idêntico das suas propriedades permanentes*, o eu constitui-se ulteriormente como um eu-pessoa permanente, no sentido mais largo deste termo que nos autoriza a falar de “personalidades” inferiores ao homem. E mesmo se, em geral, as convicções só são relativamente permanentes, mesmo se têm as suas maneiras se “se transformar” (as propriedades activas modificam-se: são “suprimidas”, negadas, o seu valor é reduzido a nada), o eu, no meio destas transformações, conserva um “estilo” constante, um “carácter pessoal”».

Husserl (2001, pág. 90)

É assim que em psicologia nos interessa estudar não as coisas do mundo físico, mas os agentes das acções humanas, através de fundamentos conceptuais e epistemológicos apropriados, como a variação eidética psicológica, respeitando as qualidades essenciais da subjectividade humana, caminhando de evidência em evidência, de perspectiva em perspectiva, até alcançar um conhecimento essencial e universal válido e o mais abrangente possível. Para isso é preciso mobilidade espacial, é preciso acção relacional e o uso dinâmico da nossa corporalidade e da do outro, num diálogo de pesquisa e questionamento perceptivo em torno de ideias em relação com a materialidade. Esta parte muito de uma base concreta, antes de mais corporal, objectiva, estruturada, para chegar a outras objectividades, as essências.

O que são afinal as experiências a que pretendemos aceder e conhecer?

A fim de prosseguirmos com o método fenomenológico-psicológico escolhido para o nosso trabalho, devemos antes de mais perceber, ainda que sem nos entrosarmos demasiado nas teorias fenomenológicas, o que entendemos por experiência subjectiva. Afinal é o nosso objecto de estudo: queremos perceber como é que esta experiência é constituída, de que forma é ela objecto da consciência daquele que a vive, como é que ela está presente numa pessoa a que foi amputado um membro, pois partimos da ideia, de raiz husserliana, de que a experiência é a dimensão mais essencial do *self*, “aquilo” sem a qual nenhum homem poderá sê-lo. Procuramos examinar a experiência humana da amputação, sem a negar, sem a subvalorizar, ou sem a sobrevalorizar.

Para Husserl, a experiência é o *self* “primário” do homem (antepredicativo/ sem narrativa construída e verbalizada), ou a subjectividade no seu estado mais puro, e para ele é inevitável voltarmos sempre a ela, i.e. ao “ego cogito, [o] domínio ultimo e apoditicamente certo” (Husserl, 2001, p.30), ou, na forma mais divulgada de Husserl

dizer isto: “o mundo só existe para uma consciência”, i.e. é a percepção que tenho do mundo que me dá consistência existencial, constitui-me e faz-me ser algo permanente, com características que, mesmo ao longo do tempo, me fazem dizer: “este sou eu, assim é o meu *self*”. É assim que o método que Husserl propõe a “ἐπιχρή [epoché] fenomenológica”, colocando em evidência o que há de transcendental na subjectividade, pois é através dele que “me capto como eu puro, com vida de consciência pura que me é própria, vida na e pela qual o mundo objectivo na sua totalidade existe para mim, exactamente tal como existe para mim [...] pelo simples facto de que dele tenho experiência, percebo-o, rememoro-o, penso-o de qualquer maneira, faço sobre ele juízos de existência ou de valor, desejo-o, e por aí adiante” (Husserl, 2001, p.33). Proceder à técnica da epoché é então uma forma de nos encontrarmos com os dados que não são empíricos e por isso submetidos às leis naturais e concretas, e é por isso que recorremos a uma forma de transcendência, que não é apenas um conhecimento intelectual do que é a experiência, é antes uma reflexão que pode ter por base qualquer acto perceptivo (pensamento/razão, emoção, humor, imaginação, recordação, corpo, etc.).

Deste modo, os *actos de percepção*, assim como os seus correlatos (os objectos e conteúdos percebidos), tomam um lugar privilegiado em Husserl e no estudo da experiência subjectiva, e são eles que, em grande medida, vão justificar a existência de uma experiência única e irrepetível que cria uma visão própria do mundo. Por ser um tema complexo que nos tomaria muito espaço e tempo, não iremos aqui descrever como é que os actos se relacionam com os objectos, e como a percepção é uma dimensão essencial na aquisição do conhecimento próprio e do mundo, deixamos apenas a ideia.

Se ela de facto existe, com mais certeza do que qualquer outra coisa, e se é ela que constitui aquilo que António Damásio (1999, cit.: Zahavi, 2007) denomina de o “*core self*”, há que perceber ainda, de que forma a experiência subjectiva é, afinal de contas, *vivida*. Afinal, segundo estas premissas, o conhecimento do “*core self*”, “*self autobiográfico*”, ou “*self primário*” – como o queiramos chamar – seria o objecto de conhecimento básico para qualquer psicólogo, uma vez que, segundo Husserl, é ele que fundamenta qualquer consciência e qualquer existência.

Segundo Husserl, a experiência subjectiva, ou, se quisermos, o “*core self*”, assume ainda outras características na sua constituição: é maleável e mutável, é um

processo de vir-a-ser intuitivo e intencional, assente num conhecimento de si “não tematizado” (como disse Sartre), “pré-reflexivo”, ou “antepredicativo” (como disse Husserl), que se dirige a um horizonte (futuro) e é actualizado numa sucessão de instantes do presente, sempre em relação com o mundo e com os outros. Na fase de desenvolvimento de um método genético, acrescida à necessidade de tematizar da intencionalidade, com a introdução da teoria da consciência interna do tempo associada à teoria das essências e da intencionalidade, Husserl abre-nos mais portas para a relação que existe entre o processo subjectivo e fluído e as estruturas objectivas e “estáticas” ou meramente descritivas, e abre-nos mais portas para aquela que é a relação entre a subjectividade e as outras subjectividades, no mundo da vida que não nos isola nunca uns dos outros.

Levando as suas teorias para a investigação em psicologia, procura-se isolar um segmento daquele momento presente em que o investigador se encontra com o participante. Mas devemos ter em conta a interligação das diferentes fases da fenomenologia de Husserl, através da aplicação directa de todos os passos ou exercícios reflexivos. Porém importa compreender que, devido à natureza dos objectivos da investigação, deverá existir uma predominância inicial de uma análise estática dos processos experienciais no momento da aplicação do método. Sabe-se e tem-se em conta, ao longo de todo o processo de análise da investigação, que estamos a estudar apenas um momento isolado e que o que surgiu nesse momento não voltará a manifestar-se do mesmo modo ao nível da experiência vivida. Com esta segmentação, tentamos “fotografar” (para usar o termo dado pelo professor Ernesto Spinelli) um segmento do tempo fluído, aos quais podemos chamar “unidades mínimas de significado” (Giorgi, 2000). O objectivo é experimentar e retirar os fenómenos “freshly”, e com “disciplined naivité” (Giorgi, 2003), no exacto instante em que a pessoa vive a experiência de relatar algo.

É por isso que na investigação em psicologia podemos estudar apenas os objectos do comportamento e dos estados mentais, ao contrário da filosofia que pode ambicionar alcançar um espectro mais vasto do conhecimento, uma epistemologia. Estes dados recolhidos no instante, com uma análise apropriada, e consoante a sugestão de diferentes investigadores (Giorgi, 1997; Moustakas, 1994), podem dar-nos a estrutura dos comportamentos e dos estados psíquicos, podem dar-nos a essência destes – que

serão sempre fragmentos da experiência, ou se quisermos “padrões”, e nunca poderemos aceder à totalidade da experiência, ou à totalidade daquilo que é aquela pessoa. A análise de uma pessoa é sempre uma análise incompleta, e com possibilidades de actualizações sucessivas. Uma vez que o tempo tem características voláteis e muitas vezes imprevisíveis, e sabendo que é essencial a necessidade de diálogo e de relação em qualquer análise da realidade humana, estes dados devem tanto quanto possível corroborados à posteriori com os participantes.

A fenomenologia desenvolvida por Husserl foi um método concebido para uma ciência da experiência, procurando examinar a experiência humana de forma rigorosa. A reflexão é, portanto, necessária a fim de que seja possível observar as coisas tal como elas se manifestam na sua pureza original, começando por descrevê-las tal como elas se manifestam no mundo da vida quotidiana (*Lebenswelt*), pois é neste que se encontram os homens e mulheres que são objectos de estudo da psicologia, é nele que as pessoas se movem e existem de tal forma “natural”, e, usualmente, não reflectida, que nela há a possibilidade do homem se contentar com evidências e verdades relativas (Husserl, 2001). Pela observação e reflexão acerca da experiência humana, é possível investigar aquilo que é genuinamente possível de ser descoberto e que está potencialmente presente, mas que nem sempre é visto (Chatelet, 1995). Ir ao encontro das experiências é ir ao encontro das coisas “elas mesmas” (o que é sentido em primeira instancia), pois, tal como disse Poincaré, “mesmo que a fonte seja desconhecida, ainda assim o regato flui”, e se as verdades das experiências são “relativas”, entendemos por isso que “a verdade que se obtém por esse conhecimento não é definitiva, imutável” (Ferreira, 2004, p.47), tal como qualquer curso de água, uma vez que a verdade que Husserl pretende alcançar “faz-se, porque se determina pela ordenação geral da vida, pela nossa orientação no mundo” (Ferreira, 2004, p.47).

Revela-se uma análise complexa porque “a descrição estática da constituição da experiência conduz-nos inevitavelmente a uma análise categorial e “estética” (no sentido kantiano)” (de Oliveira, 2008). É assim que a última fase da análise pode surgir com especial evidência no Capítulo da Discussão, uma vez que ao ficarmos retidos na análise estática dos resultados esta “nada mais faria do que analisar um conteúdo de significação já posto. A constituição genética [de interacção dinâmica] definirá as condições do acto que o produz [i.e. do acto que produz o acto]” (Mota, 2006).

A análise fenomenológica é, em parte, mundana e delimitada pelas circunstâncias das leis naturais e das circunstâncias causais e objectivas, e em parte delimitada pela fluidez, imprevisibilidade do mundo subjectivo, abstracto, e não-linear, em dinâmica co-constitutiva. Segundo Ferreira (2004), os actos da consciência assumem três aspectos: (1) Objectividade: A vivência sensorial/ material (a *hylê*); (2, 3) Subjectividade e Intersubjectividade: Visar o objecto dando-lhe uma conformação mental (*noese* ou *morphê*), o que compreende que esteja implicado o *noema* (o sentido), porque todo o *cogito* envolve um *cogitatum*.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DO MÉTODO FENOMENOLOGICO-PSICOLÓGICO DE AMEDEO GIORGI

Amedeo Giorgi, psicólogo e investigador norte-americano, começou a sua carreira profissional ligado à psicologia behaviorista, portanto investindo na investigação empírica, na procura de formas científicas rigorosas de alcançar objectivamente o conhecimento dos comportamentos humanos. Posteriormente começou a questionar o objecto de estudo behaviorista e a sua metodologia tipicamente naturalista, e encontrou na fenomenologia de Husserl algumas respostas epistemológicas e filosóficas para uma nova abordagem ao comportamento e aos processos psicológicos do homem, donde foi surgindo com um novo método capaz de abranger de forma rigorosamente científica as dimensões psicológicas procuradas pela psicologia, ao qual o professor Giorgi denominou: Método fenomenológico-psicológico. Amedeo Giorgi (1998) desenvolveu este método seguindo o rigor das metodologias científicas, no entanto pesquisando acerca dos princípios e das estratégias que sejam mais próximas do objecto de estudo da psicologia: os comportamentos e os estados mentais subjectivos do ser humano. Foi este o método que, de entre os vários de cariz qualitativo, escolhemos para elaborar a nossa investigação, e os motivos desta escolha serão expostos ao longo deste subcapítulo.

Não vamos aqui desenvolver aprofundados raciocínios acerca da escolha de um método qualitativo em detrimento dos métodos quantitativos, mas podemos desde já referir que esta escolha foi baseada em questões de validade científica para a disciplina da psicologia. O facto do nosso objecto de estudo (a experiência de uma situação)

carecer de uma abordagem aprofundada ao estudo da subjectividade de quem experiência (Giorgi, 1997; Giorgi, 1998; Giorgi, 2000a; Giorgi, 2000b; Giorgi, 2002; Giorgi, 2003; Giorgi, 2004; Giorgi & Gallegos, 2005), leva-nos a considerar, tal como Giorgi (2002) que o recurso a instrumentos de medida como testes ou análises factoriais não têm conseguido abordar suficientemente a subjectividade humana (procurando evitá-la ou relativizar o seu contributo), tanto do lado do investigador quanto do lado dos participantes. Apesar dos seus esforços, estas medidas ainda assim, e apesar de procurarem o rigor da “objectividade”, continuam a ser insuficientemente “objectivas” no sentido naturalista que reclamam, por serem suportadas por conhecimentos abstractos como as matemáticas ou as construções teóricas, e por, frequentemente, deslocarem os participantes das situações vividas, convidando-os a reportarem-se a experiências desactualizadas, ou como Giorgi diz, “distorcidas”, i.e que nos falam “acerca do fenómeno em vez de nos darem a vivência directa dele” (Giorgi, 2002). Por isto, as medidas quantitativas usadas pela psicologia não são “nem completamente construções [acerca dos fenómenos do sujeito que estudam], nem meramente abstractas” (Giorgi, 2002), porque entre a aspiração ao objectivismo, que nunca o chega a ser verdadeiramente, e as medidas abstractas que utilizam, criam uma falsa lógica que se torna incongruente quando analisada na sua essência.

Nos próximos parágrafos iremos abordar os fundamentos filosóficos acerca da construção do conhecimento científico aplicado à disciplina da psicologia, de que o professor Giorgi nos fala na fundamentação do seu método. Para isso advertimos acerca da necessidade de recorrermos a uma outra forma de linguagem aplicada aos estudos psicológicos e que vem da tradição filosófica da fenomenologia.

Fundamentos epistemológicos e filosóficos: a construção de conhecimentos científicos psicológicos e a sua problematização

Giorgi reclama a necessidade de efectuarmos algumas mudanças de paradigma e de linguagem que sejam adequadas ao objecto de estudo da psicologia, para que possamos alcançar uma verdadeira validade científica em ciências humanas. De seguida apresentamos algumas das suas conclusões, construídas sob pilares da lógica racionalista pura de Husserl, bem como sob influências da filosofia de Merleau-Ponty.

O estudo dos fenómenos que se apresentam na vivência da experiência

Para que consigamos alcançar um correcto conhecimento acerca dos comportamentos e estados psicológicos das pessoas que estudamos (i.e. objectos e actos da consciência) devemos aprender a estar com estes fenómenos da forma como eles se *apresentam* (se tornam presentes) à nossa *consciência* e à consciência de quem os relata verbalmente. Este é processo que, tal como nas ciências naturais, é inicialmente dado pela nossa consciência *intuitiva* das coisas. Portanto, recorreremos à observação e à análise do que é manifesto verbalmente e conscientemente, i.e. *criticamente* e enquadrado numa *vivência* própria de uma *experiência* em situação. Estes são os primeiros critérios base para a aplicação da fenomenologia à psicologia e para que a psicologia se torne numa disciplina orientada por métodos cientificamente válidos.

O problema da validade científica

Não há possibilidade de replicarmos nenhuma vivência experimentada por qualquer pessoa, mas podemos comprovar a sua validade com base nas percepções conscientemente dadas pelas verbalizações dos participantes – os únicos aptos a nos facilitarem as suas experiências e realidade. Para encontrarmos correlações em psicologia devemos adequa-las, novamente, aos nossos objectos de estudo, o que significa que as *correlações* estão sempre presentes mas apenas no que diz respeito ao que constitui as relações estabelecidas entre a subjectividade e o mundo com que ela se relaciona. “As duas relacionam-se reciprocamente e não podem ser separadas” (Giorgi, 2002), e é a observação e a análise apropriada dos *significados* que a subjectividade constrói por recurso às suas próprias *evidências* que podemos alcançar.

O teste às evidências é feito pela intencionalidade e pela correlação

Giorgi chama a atenção para o facto de, apesar de qualquer subjectividade poder ser observada e de qualquer subjectividade ser válida para ser estudada do ponto de vista psicológico porque “[...] *for A is self-evident means that A is not merely meant, but also genuinely given, and given as precisely what it is thought to be*” (Husserl, 1900/1970, II, p.769, cit.: Giorgi, 2002), para que estas sejam cientificamente válidas, os seus significados devem passar pelo escrutínio do teste às suas *evidências*, como aliás sempre se faz em qualquer ciência empírica. Porém, no âmbito psicológico as evidências assumem diferentes contornos porque se constituem diferentemente. As evidências só o são quando as podemos considerar objectos de conhecimento, sendo que estes se

distinguem das crenças cegas e das opiniões vagas (Husserl, 1900/1970, II, p.769, cit.: Giorgi, 2002), e é alcançado apenas quando há certezas, independentemente de como foram construídas. É por isso que as evidências não são apenas índices subjectivos de verdades, mas antes formas de *intencionalidade* (Levinas, 1963/73, p.75, cit.: Giorgi, 2002), que estão presentes através da consciência com que cada pessoa se dirige ao mundo com que se relaciona e do diálogo que com ele estabelece.

Os significados não são vazios. São preenchidos de outros actos/direcções/sentidos na relação que é estabelecida com as coisas

Os *actos significativos*, que a pessoa direcciona aos outros, e si própria e ao mundo, são as unidades de base para que os significados possam ser constituídos, mas por si só são vazios. São os actos relacionados com os diversos tipos de sensibilidade e de simbolismo, que preenchem estes actos e que lhe dão significado através do seu simbolismo ou através da sua autenticidade. Segundo Husserl, são os actos simbólicos para Husserl aqueles que não podem estar completamente presentes à consciência, os actos autênticos significam que podem ser inteiramente intuídos (Giorgi, 2002). Porém é necessário que seja realizado um outro acto para que possamos confirmar se o material de “preenchimento” dos actos significativos, i.e. os actos de sensibilidade e de atribuição de simbolismo, encaixam com o significado dos actos significativos, pois só nessa altura é que ocorre um processo de identificação (acto de identificação) válido. Esta é a forma de nos confirmar a validade da experiência subjectiva. As diferentes formas de perceber algo dão-nos as diferentes formas de experienciar e de dar significados pessoais. Como Giorgi (2002) refere:

“What we have here is a unity of signification that synthesizes the variatious profiles of a given object. As long as the profiles synthesize harmoniouly and coherently, one gets a more integrated presentation of the object. The sense that guides the sequence of profiles either gets filled and more integrated, or else the guidin sense explores and has to be redirected because subsequent profiles do not fulfill the anticipated profile”.

Tal como tem vindo a ser mencionado desde o início deste capítulo, partimos de uma noção de subjectividade e intersubjectividade diferente daquelas que são tradicionalmente usadas em ciências. Esta agora constitui-se por um princípio próprio de mobilidade, temporalidade e intencionalidade, procurado através da pesquisa de um sentido total que constitui cada experiência subjectiva, e nós vamos usar desse mesmo

principio constituinte de qualquer subjectividade para nós próprios nos deslocarmos da nossa subjectividade a fim de alcançarmos a subjectividade do outro, sempre que usarmos das técnicas reflexivas da *redução fenomenológica*, tal como foram já descritas anteriormente.

Independentemente de advogarmos que a transcendentalidade que constitui os objectos e os actos de qualquer pessoa constitui a forma mais poderosa de nos aproximarmos do ser humano sem o “objectificar”, discorreremos sobre este assunto num outro momento fora do âmbito deste nosso trabalho actual, e ficaremos apenas com a ideia de que, para adquirirmos conhecimentos válidos acerca de uma pessoa, em psicologia interessa-nos sobretudo deixar actuar a reflexão transcendental apenas em nós, investigadores, como atitude presente face à necessidade de conhecimento das essências. Não me interessa, enquanto psicóloga, fazer epoché de todas as experiências que tenho acerca do mundo. Interessa-me apenas fazer epoché das experiências que trago *apriori* e quando estou com os conteúdos e sentidos que as pessoas me trazem no relato verbal das suas experiências/ apreensões. Estas apreensões só poderão ser transformadas em conhecimento depois de verificada a validade dos seus fundamentos ou evidência nos termos definidos por Husserl.

OPERACIONALIZAÇÃO DO MÉTODO

“A ciência é uma mescla de dúvida e certeza. O bom cientista é arrogantemente humilde, o que não se reduz a um mero jogo de palavras: arrogante em relação ao método e humilde quanto à fé no seu conhecimento”.
(Bachrach, cit.: Salomon, 2000)

PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

A investigação começa invariavelmente com uma *descrição da experiência que pretendemos conhecer psicologicamente*, através de uma entrevista gravada ou de uma descrição directa (p.e. escrita), ou através das duas formas. Nos dois casos as questões devem ser genericamente abertas, para que o participante possa ter oportunidades suficientes para expressar o(s) seu(s) pontos de vista exaustivamente, quer sejam do ponto de vista da experiência da primeira pessoa ou do ponto de vista do observador (qualquer uma delas é possível de ser descrita). Quando a descrição e a entrevista são usadas juntas, usualmente a primeira vem antes e serve para futura base orientadora da entrevista que se seguirá. Geralmente as descrições são mais breves e melhor organizadas, e as entrevistas são mais extensas e desorganizadas mas mais espontâneas, com as vantagens e desvantagens que cada forma apresenta.

No caso da entrevista, como foi a nossa escolha, esta deve ser transcrita *ipsis verbum* no passo seguinte, e é esta transcrição que servirá de base essencial à compreensão e à investigação. Os passos para efectuarmos a metodologia fenomenológico-psicológica do professor Amedeu Giorgi (1997; 2000a; 2000b; 2003; 2004) na análise das transcrições das entrevistas são os que se seguem:

a) A atitude da redução fenomenológica e a leitura dos dados para um sentido de totalidade

Sem tentar tematizar nenhum aspecto, sem fazer interrogações, ou sem tornar explícito o sentido geral, devemos antes de mais ler toda a transcrição, para conseguirmos uma visão da sua globalidade, fazendo justiça ao sentido “totalizante” em

que se funda a fenomenologia. Neste passo começamos a usar a atitude da redução fenomenológica que será mantida ao longo de todos os passos do método, e que providenciará o substrato para o passo seguinte.

b) A redução fenomenológica, epoché, e a divisão dos dados em unidades de significado

Tendo em atenção que o nosso objectivo é chegar à compreensão psicológica e à estrutura ou à essência das experiências psicológicas, devemos agora focar-nos nos sentidos que nos vão surgindo para o participante à medida que vamos lendo lentamente a transcrição. De cada vez que o investigador percebe uma transição no sentido da descrição do participante, deve fazer uma marca nesse segmento de leitura, e continuar a ler até que encontre a próxima unidade de significado, e assim sucessivamente.

Para conseguirmos fazer estas divisões ou distinções, recorreremos ao exercício da redução fenomenológica e da epoché dos nossos conhecimentos enquanto psicólogos e investigadores, e devemos mantê-las na linguagem do quotidiano usada pelo participante. Por isso, neste momento do método, cada uma das estruturas encontradas não deve ser tomada como universal ou eterna, e também não devem existir critérios pré-determinados para a escolha das unidades de significado, estas devem antes ser descobertas numa atitude de abertura suficiente para que significados inesperados possam emergir, dentro do fenómeno específico que estamos a estudar, a experiência de ser amputado. Neste passo não é exigido que diferentes investigadores encontrem as mesmas unidades de significado, as mesmas essências só serão requeridas no final da análise.

c) A variação eidética, a organização e a expressão dos dados a partir de uma perspectiva psicológica

Transforma-se as unidades de significado encontradas no passo anterior, através da reflexão e da variação eidética, numa linguagem psicológica e enfatizando especialmente as unidades de significado que parecem mais reveladoras do fenómeno que estamos a estudar. Para cada unidade de significado interrogamo-nos o que nela será realmente essencial numa perspectiva fenomenológico-psicológica, o que, no nosso caso, corresponde à experiência de ser amputado de um membro.

Depois de descartar algumas alternativas de interpretação psicológica das unidades de significado dadas na linguagem do quotidiano, chegarmos à descoberta dos invariantes da experiência, as suas essências ou sentidos psicológicos. Este é o passo central nesta análise. Chegar a estas estruturas psicológicas é chegar não só às essências do fenómeno mas também, e necessariamente, às interrelações que essas essências estabelecem entre si para constituir o todo da experiência do participante. Porém, estas estruturas encontradas neste passo, não são fins em si mesmas, nem são estáticas, são antes “medidas de tendência central”, como o são as médias na estatística, que compreendem sempre “medidas de dispersão”, por isso, uma vez encontrada a estrutura psicológica, devemos voltar aos dados brutos e delinear os agrupamentos de variações que também estão contidos nos dados.

O objectivo final é, não só encontrar as estruturas centrais e gerais (que descreve os significados mais invariantes da experiência), mas também estas em relação com as suas variações, em contextos e situações específicas, o que no nosso estudo corresponde à descoberta das essências centrais da experiências de se ser amputado e as suas relações com os variantes do mundo e das relações interpessoais. Assim, no final da análise feita a diferentes participantes podemos encontrar uma estrutura central que sintetiza todas as experiências, mas também, em simultâneo ou em alternativa, podemos encontrar apenas estruturas individuais (não generalizáveis), sendo que no nosso trabalho esta última não será abordada.

É aconselhável que, ao transformar as unidades de significado em descrições sintetizadas daquilo a que podemos chamar “estrutura psicológica da experiência”, que estas não sejam entendidas como estruturas estáticas ou encerradas numa nomenclatura, mas antes como sínteses que representam as essências e as suas relações que estabelecem entre si. Nesta linha, as estruturas não são um fim em si mesmas, mas apenas mais um meio de conhecimento acerca do fenómeno que queremos estudar. Por este motivo, depois de encontradas as estruturas, devemos sempre voltar aos dados em bruto (na linguagem do quotidiano do participante), para compreendermos as suas estruturas psicológicas da experiência em relação com a totalidade dos dados.

d) Descrição, nova variação eidética e correlações, para uma análise pós-estrutural

Assim, o quarto e último passo do método centra-se numa análise pós-estrutural, que se poderá materializar na descrição dos constituintes-chave da(s) estrutura(s) encontrada(s), i.e. as correlações que nos dão acesso à compreensão da experiência vivida pelos participantes, na sua dimensão mais essencial. Só depois, e por fim, podemos então correlacionar estes dados finais com o conhecimento prévio com que partimos para este trabalho, i.e. com os dados da revisão de literatura, para além, também, das premissas metodológicas e da sua possível correspondência com as teorias fenomenológicas e existenciais. A lógica de conhecimento da experiência psicológica, segundo este método é inversa ao método clássico científico, partimos do pessoal para o geral.

Depois de apresentados os passos metodológicos a ter em consideração na análise de uma investigação fenomenológico-psicológica tal como o professor Amedeo Giorgi nos sugere, expomos de seguida, e para finalizar este capítulo, os procedimentos a que recorreremos para a recolha dos nossos dados.

PROCEDIMENTOS PARA A RECOLHA DOS DADOS DA NOSSA AMOSTRA

Na confiança de que o método fenomenológico possa ser um bom veículo de investigação às inquietações que a escassez dos nossos conhecimentos nos colocam face à experiência da amputação, seguidamente procuramos respostas às nossas dúvidas, aplicando meticulosamente cada passo metodológico sugerido pelo método de Amedeo Giorgi.

A descrição dos participantes

Utentes em seguimento na consulta externa de medicina fisiatra do Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão, com amputação de um ou dois membros superiores e/ou inferiores, independentemente do período temporal em que esta ocorreu, independentemente do motivo para a realização da amputação, e independentemente do género, habilitações académicas, ou outro distintivo genético, psicológico, social, ou cultural. Todos os participantes eram residentes ou trabalhadores no distrito de Setúbal.

A selecção da amostra

Do universo dos utentes do Centro Hospitalar de Setúbal, seleccionaram-se 12 pertencentes ao Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão que tivessem sofrido amputação. As 12 pessoas foram seleccionadas com base na proximidade ao médico fisiatra, devido à sua adesão à consulta de medicina física e reabilitação, e também com base na proximidade da sua residência face às instalações do hospital (onde se realizaram as entrevistas), assim como devido à facilidade de deslocamento através de transporte particular ou público. Das 12 pessoas contactadas, apenas 6 aderiram à colaboração para o presente trabalho, comparecendo às consultas de fisioterapia – como primeira abordagem à investigação -, e à sessão de esclarecimento e entrevista com a psicóloga responsável.

Como pretendemos estudar o significado da amputação independentemente das características distintivas de quem a padece (p.e., profissão, religião, filiação política, nacionalidade, idade, etc.), então das 6 pessoas colaborantes resolvemos apresentar neste trabalho apenas 4 análises¹. Para além do anteriormente referido, também a natureza deste estudo não aspira a correlações com objectivos universalizantes da população de pessoas com amputação, mas sim à compreensão dos processos e estruturas dos significados das experiências subjectivas, daí decorre não haver necessidade de recorrer a uma extensa amostra.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente de gabinete médico ortopédico, e tiveram a duração de 30 minutos cada. Cada entrevista foi sempre precedida de um momento de esclarecimento acerca da investigação, com consentimento informado formalizado que descreveremos mais adiante. Esta amostra foi seleccionada por conveniência, uma vez que estas pessoas fizeram parte do universo de utentes seguidos por mim em consulta de psicologia neste hospital durante o ano de 2007.

¹ Se, p.e., pretendêssemos estudar de que modo se interrelacionam as experiências de pessoas amputadas por traumatismo e por doenças vasculares, já seriam suficientes apenas 2 participantes, se pretendêssemos estudar o significado da amputação para pessoas de 7 religiões diferentes, então seria necessário pelo menos 7 participantes.

O consentimento informado

Depois do médico fisiatra ter feito uma primeira abordagem aos utentes seleccionados fazendo-lhes a proposta de comparecerem a uma sessão de esclarecimento acerca da investigação e da recolha dos seus dados. Os utentes que aceitaram comparecer à sessão seguinte com a investigadora, foram contactados por uma secretária do hospital por via telefónica para que fosse marcado um dia e uma hora determinado para o acontecimento.

Em cada sessão individual com a investigadora, recorreu-se ao seguinte procedimento:

- a) Apresentação da investigadora e da entidade co-responsável pela investigação (nome, profissão, instituição na qual a investigação está filiada/Universidade);
- b) Informação acerca do âmbito, do objecto, do objectivo, e do tratamento dos dados da investigação;
- c) A investigadora procedeu à leitura em voz alta do documento de Consentimento Informado (anexo b);
- d) Foi dado espaço psicológico e tempo para esclarecimentos adicionais e para a decisão acerca da participação;
- e) Os utentes que concordaram com os parâmetros investigação informados e que por isso permitiram a sua colaboração foram imediatamente introduzidos à entrevista.

A situação lembrada (a escolha da situação a pesquisar) e a instrução:

Foi pedido aos participantes que evocassem uma recordação relacionada com a sua amputação e que descrevessem essa situação e tudo o lhes ocorresse acerca da sua experiência nesse(s) momento(s) vivido(s). Para isso, a instrução foi: “Peço-lhe que se tente recordar de uma experiência relacionada com a sua amputação e que depois me descreva como foi vivida por si. Tem até 30 minutos”.

A instrução foi aberta, para que as pessoas pudessem recorrer a qualquer das suas recordações, podendo transportarem-se para memórias remotas ou imediatas, e para situações muito, pouco, ou nada significativas. O importante foi que naquele momento aquelas experiências vividas mereceram ser evocadas pela pessoa. A qualidade da recordação não foi um aspecto a analisar, e apenas nos preocupámos em

aceder aos produtos mnésicos evocados no momento da entrevista, independentemente das possíveis justificações para a escolha de tais relatos.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A experiência das pessoas com amputação de membro(s) inclui, tal como qualquer outra, dois tipos de constituintes que se correlacionam entre si: o(s) acto(s) específico(s) (noéticos) e o objecto em si mesmo da experiência de amputação (noemático). Neste capítulo, vamos averiguar de que forma é que os actos da experiência são correlacionados com os seus objectos, i.e. como é que os conteúdos expressos conseguem preencher com precisão as intuições acerca das ligações existentes entre os significados psicológicos encontrados nas análises dos nossos resultados (anexo c). Procederemos então à procura do que é essencial e invariável entre os diferentes participantes da nossa amostra.

Vamos questionar-nos acerca dos seus sentidos e significados psicológicos correlacionados, de forma a desvelar a essência do fenómeno da experiência de amputação, ou, se preferirmos, desvelar o tema essencial de todas as variações. Para isso, depois de seguirmos os primeiros três passos do método, agora, continuamos a recorrer aos exercícios da variação eidética (i.e livre variação imaginativa) crítica e à descrição dos significados essenciais dos invariantes mais conectados entre si e que pertencem à experiência de amputação. Neste capítulo temos como objectivo chegar a uma estrutura geral e consequentemente aos seus constituintes-chave (ou essências) da experiência de *ser-amputado*.

Devemos notar que a estrutura geral pode conter termos que não foram encontrados nas unidades de significado, e que o objectivo desta estrutura é apenas ajudar-nos a compreender os dados empíricos de uma forma mais metódica e sistemática, mas nunca será uma compreensão total acerca do fenómeno de ser amputado, a estrutura será, em vez de universal, apenas geral ou típica.

Tanto as unidades de significado como os constituintes estruturais não são elementos mais ou menos independentes mas sim dependentes do contexto e das dinâmicas entre eles, por isso, devemos encontrar *à posteriori* os constituintes dessa estrutura, e estes deverão ajudar-nos a compreender as variações encontradas nos dados empíricos, e servir como um ponto de partida para a sua compreensão. Esta, em vez de

ser rígida e definitiva, é antes uma estrutura dinâmica susceptível de mais complementos e complexidades compreensivas. Segundo Giorgi (2003), o respeito pela complexidade da(s) experiência(s) e pelo refinamento da compreensão psicológica são duas consequências das análises fenomenológicas. Para prosseguirmos na procura dos invariantes da experiência seguimos então o critério de que a estrutura será radicalmente alterada se removermos um dos seus constituintes encontrados pela análise.

A ESTRUTURA GERAL DOS SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA DE AMPUTAÇÃO

Os dados empíricos dos quatro participantes conduziram-nos até uma estrutura geral com três variações que apresentamos nas tabelas abaixo. Adiante os participantes passarão a ser designados por participante 1 (P1), 2 (P2), 3 (P3), e 4 (P4). A estrutura I difere das estruturas II e III quanto à ausência do constituinte-chave referente a “*Complicações de saúde cumulativas*” (que apenas é visível em P2 e P4). As estruturas I e II diferem da estrutura III quanto à presença do constituinte-chave relativo ao “*Questionamento da identidade*” (que P4 não apresenta). Assim a estruturas I e III são compostas por doze constituintes, e a estrutura II apresenta treze constituintes-chave.

Em cada estrutura estes constituintes-chave estão destacados a **negrito** para melhor identificação, e os constituintes que variam encontram-se salientados a **negrito e sublinhado**. Os seus significados, variações empíricas, e respectivas correlações internas são expostos após a apresentação das estruturas. As suas compossibilidades com os significados psicológicos e com a revisão de literatura serão apresentadas na secção referente à Discussão dos resultados.

Estrutura I para P1e P3

A experiência de amputação implica a percepção de **alterações de consciência** que estão ligadas a vivências de **ruptura ou perda irreversível**, que por sua vez implicam a consciencialização de que passou a haver uma **mudança nas relações com outros**. Foi identificado que estas vivências co-constituem um determinado **confronto e impacto inicial** aquando da confirmação da perda do(s) membro(s) amputado(s), sendo que cada participante viveu esse impacto inicial em conformidade com a sua percepção do **suporte recebido em contexto hospitalar**. Após os momentos iniciais de confronto com a amputação, os participantes aperceberam-se que a perda do(s) membro(s) acarreta também outro tipo de perdas. Estas manifestam-se através de alterações ao nível da **vivência temporal**, das **mudanças nos sentidos para a vida**, e vivências de algum tipo de **antagonismo psicológico** com implicações ao nível da abertura para o **questionamento da identidade**. Com isto, os participantes revelaram ainda sentimentos de **descontentamento, frustração, e incapacidade para agir**, assim como a consciencialização (tematizada ou não) de **solidão existencial**, e sentimentos de **incerteza e expectativa** relacionados com a imprevisibilidade e desconhecimento face ao futuro.

Tabela 6. A estrutural geral de significado para a experiência de amputação de P1 e P3

Estrutura II para P₂

A experiência de amputação implica a percepção de **alterações de consciência** que estão ligadas a vivências de **ruptura ou perda irreversível**, que por sua vez implicam a consciencialização de que passou a haver uma **mudança nas relações com outros**. Foi identificado que estas vivências co-constituem um determinado **confronto e impacto inicial** aquando da confirmação da perda do(s) membro(s) amputado(s), sendo que cada participante viveu esse impacto inicial em conformidade com a sua percepção do **suporte recebido em contexto hospitalar**. Após os momentos iniciais de confronto com a amputação, os participantes aperceberam-se que a perda do(s) membro(s) acarreta também outro tipo de perdas. Estas manifestam-se através de alterações ao nível da **vivência temporal**, das **mudanças nos sentidos para a vida**, e vivências de algum tipo de **antagonismo psicológico** com implicações ao nível da abertura para o **questionamento da identidade**. Com isto, os participantes revelaram ainda sentimentos de **descontentamento, frustração, e incapacidade para agir**, assim como a consciencialização (tematizada ou não) de **solidão existencial**, e sentimentos de **incerteza e expectativa** relacionados com a imprevisibilidade e desconhecimento face ao futuro. Da experiência deste participante faz ainda parte a referência a outras **complicações de saúde cumulativas** à amputação, factor que acrescenta dificuldades à experiência dos participantes.

Tabela 7. A estrutural geral de significado para a experiência de amputação para P₂

Estrutura III para P₄

A experiência de amputação implica a percepção de **alterações de consciência** que estão ligadas a vivências de **ruptura ou perda irreversível**, que por sua vez implicam a consciencialização de que passou a haver uma **mudança nas relações com outros**. Foi identificado que estas vivências co-constituem um determinado **confronto e impacto inicial** aquando da confirmação da perda do(s) membro(s) amputado(s), sendo que cada participante viveu esse impacto inicial em conformidade com a sua percepção do **suporte recebido em contexto hospitalar**. Após os momentos iniciais de confronto com a amputação, os participantes aperceberam-se que a perda do(s) membro(s) acarreta também outro tipo de perdas. Estas manifestam-se através de alterações ao nível da **vivência temporal**, das **mudanças nos sentidos para a vida**, e vivências de algum tipo de **antagonismo psicológico**. Com isto, os participantes revelaram ainda sentimentos de **descontentamento, frustração, e incapacidade para agir**, assim como a consciencialização (tematizada ou não) de **solidão existencial**, e sentimentos de **incerteza e expectativa** relacionados com a imprevisibilidade e desconhecimento face ao futuro. Da experiência destes participantes faz ainda parte a referência a outras **complicações de saúde cumulativas** à amputação, factor que acrescenta dificuldades à experiência dos participantes.

Tabela 8. A estrutural geral de significado para a experiência de amputação para P₄

CONSTITUINTES-CHAVE DA ESTRUTURA GERAL

Dos constituintes encontrados nas estruturas gerais, podemos identificar quatro níveis de significação associados à(s): (1) história passada dos participantes antes da amputação e pré-operatório; (2) fase inicial da amputação e contexto hospitalar; (3) experiências que se seguiram ao internamento; (4) expectativas face ao futuro.

O primeiro (1), refere-se: à *ruptura ou perda irreversível*, e à *mudança nas relações com outros*.

O segundo (2) diz respeito: ao *confronto e impacto inicial*, ao *suporte recebido em contexto hospitalar*, e *alterações da consciência*.

Ao terceiro (3) corresponde: a *vivência temporal*, a *mudança nas relações com outros*, o *antagonismo psicológico*, o *questionamento da identidade* (apenas em P1, P2 e P3), *complicações de saúde cumulativas* (apenas em P2 e P4), *descontentamento*, *frustração e incapacidade para agir*, e *alterações da consciência*.

E por fim, o quarto (4), refere-se a: *mudanças nos sentidos para a vida*, *solidão existencial*, *incerteza e expectativa*.

A ordem numérica da apresentação destes quatro níveis de significação associados aos diferentes constituintes não é relevante além do motivo meramente organizador, pois cada um destes níveis revela-se encadeado com os restantes, em forma de co-constituição, podendo mesmo em alguns casos haver co-existência dos mesmos constituintes em diferentes níveis de significação, como é o caso mais evidente do constituinte “*mudança nas relações com outros*”. Isto acontece devido a uma ausência de sequência hierárquica linear e exclusivamente causal entre os constituintes da experiência. Podemos observar uma aproximação a esta relação entre os resultados através da figura que se segue.

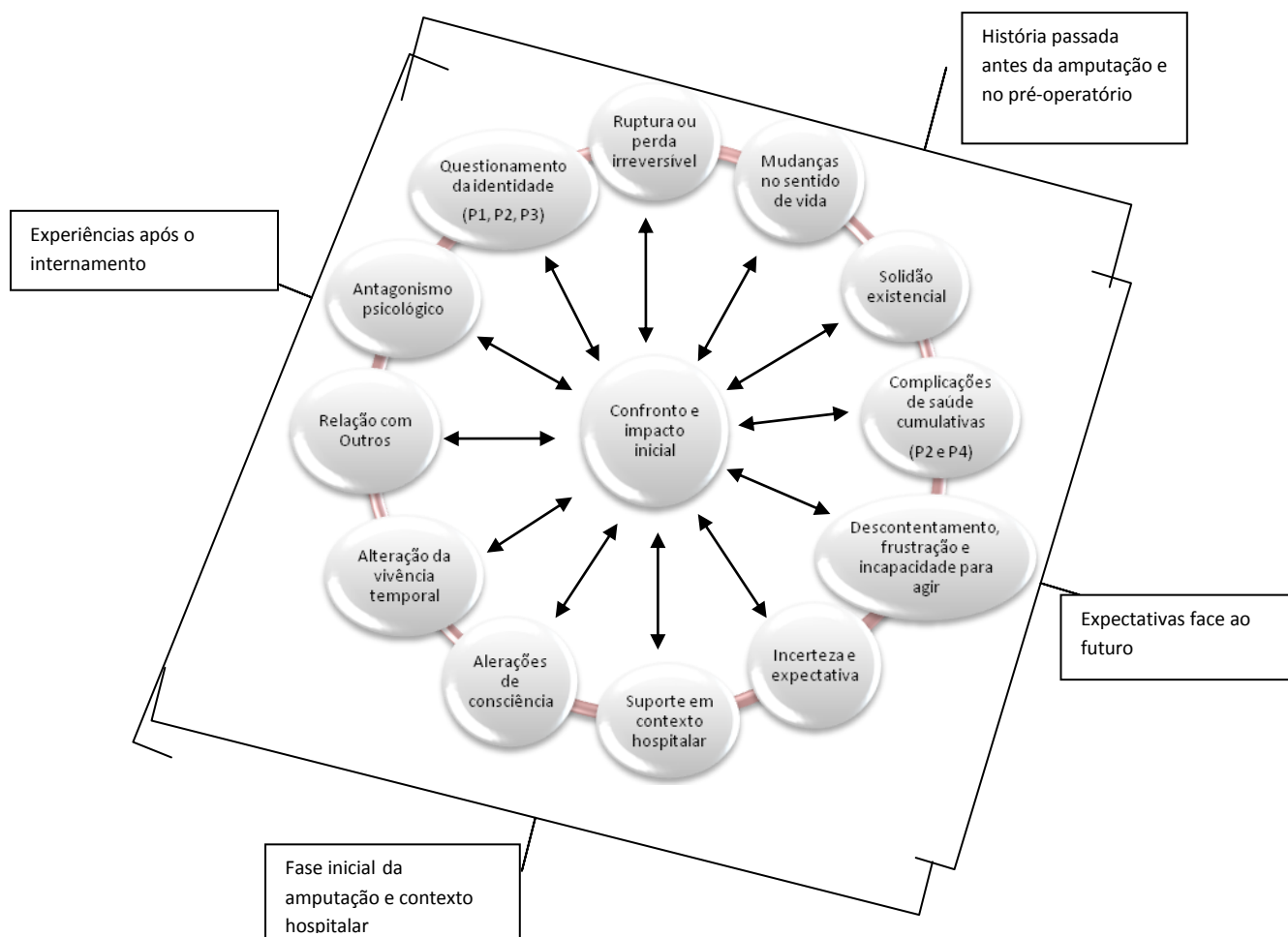


Figura 1. Relação entre os constituintes-chave da experiência de amputação

A fim de compreendermos melhor de que forma estes constituintes nos revelam as suas significações, seguidamente apresentamo-los à luz das suas ramificações derivadas das variações empíricas que os diferentes participantes ofereceram através das suas experiências subjectivas e enquadradas nas suas singularidades históricas, contextuais, e de carácter/personalidade. Note-se que na apresentação dos constituintes, encontrar-se-ão exemplos das variações empíricas dos participantes escritas a letra de tamanho menor, entre aspas, e seguidos da unidade de significado que lhes corresponde com a sigla (u.s.) a fim de facilitar a leitura dos dados.

Confronto e impacto inicial:

Em comum, a experiência de amputação revelou a importância do momento de confronto inicial com a amputação e da sua tomada de consciência. Destes primeiros momentos iniciais e dos momentos seguintes no internamento hospitalar resultam memórias que variam entre a diversidade de associações, mas em comum têm o confronto com a perda irreversível do(s) membro(s), das suas funcionalidades, e de afectos relacionados com ele(s). Enquanto o participante 1 relata experiências de segurança, confiança, força, e ganhos relacionadas com o contexto hospitalar e apoio de pessoas próximas, a participante 2 relata experiências de destruição, de desconfiança, e de perdas. Os participantes 3 e 4 fazem referência ao contexto hospitalar mas não lhes atribuem significados preponderantes para a forma como se confrontaram com as suas amputações. De qualquer modo, o confronto e impacto inicial manifestou-se vivido de diferentes modos, com diferentes intensidades, a diferentes ritmos de contacto com os factos, mas sempre em contexto de internamento hospitalar, sendo que na altura de consciência inicial do facto, todos os participantes sentiram algum tipo de angústia ou choque emocional.

Para P1 o primeiro impacto com o conhecimento da amputação foi faseado, onde ocorreu um primeiro momento de desconhecimento e de estranheza face ao seu corpo e funcionamento com sentimentos de incerteza e inquietação, com pensamentos invasivos com os quais lutava para os afastar; um segundo momento de conhecimento factual com confirmação das suas suspeitas, com esquecimento de parte do impacto emocional e actual sentimento de algum distanciamento afectivo; um terceiro momento com negação da possibilidade de deficiência adquirida e das suas conseqüentes dificuldades; um quarto momento de procura de explicações e de inquietações acerca dos motivos do acidente; e um quinto momento de confronto com a amputação e suas conseqüências na

sua relação com outros fora do contexto hospitalar, onde P1 se viu desprotegido, sem sentimentos protectores ou pessoas que lhe facilitassem essas sensações como nos momentos iniciais.

“Posso começar com o momento mais significativo para mim foi o facto de, nos dias de tratamento, não é, quando acordei, digamos assim, [...] e ‘tava completamente paraplégico, não mexia para lado nenhum.” (u.s. 1); “[...] apercebi-me que algo havia de errado. Não sabia que tinha ficado amputado. Apesar do inconsciente dizer que não era assim tão bom como parecia ‘tar, pensar que “vou recuperar, isto não foi nada, foi só um acidente, está tudo bem”.” (u.s. 3);

“Até que a enfermeira disse-me que tinha ficado amputado, e aí foi... foi grave, foi grave, foi um momento assim, é pah ‘pera aí que isto não foi fácil!’” (u.s. 6);

“Entretanto, comecei-me a habituar, para ser sincero não me lembro até de ter sofrido muito, do choque, da palavra de ficar amputado, mas não me lembro de ter sofrido. Muito. Naquela altura.” (u.s. 7); “Sentido de.. eh, agora sou um coitado, sou um deficiente, tornei-me uma pessoa deficiente, não me lembro, sou sincero, não me lembro, enquanto tive cá internado.” (u.s. 8);

“Ninguém sabe, eu não sei, ninguém sabe, ninguém viu, Foi também ali numa fase complicada, tentar descobrir o que é que tinha originado esta situação...” (u.s. 52);

“Outro momento que tive foi a saída para o exterior, o olhar para as pessoas, foi um momento muito, mas muito, muito mau. Quando cá estive, várias pessoas me visitaram, vários amigos inclusive, davam-me sempre a maior força, “está tudo bem, isto não é nada”, (u.s. 9); “mas depois o olhar de pessoas, externas à minha vida, foi complicado.” (u.s. 10).

Para P2 houve dois momentos de confronto com a amputação, um primeiro momento pré-operatório, onde sentia dores que desejava aliviar e foi submetida a uma dessensibilização progressiva da perna e da consciência através de anestésias consecutivas e que teve uma função de distanciamento progressivo ou despedida gradual da perna doente, e um segundo momento pós-operatório em que P2 sentiu-se enganada pelo seu médico, esquecida do seu consentimento para ser amputada, e triste, com raiva, sem conseguir controlar o seu choro e as palavras injuriosas contra o seu médico, com a sensação de estar a perder a lucidez.

“Tive que levar duas anestésias gerais na cabeça” (u.s. 1); e depois ele [o médico] começou a apalpar a, o o... a minha perna e não sei quê, e eu queixei-me, eu disse “Ai”, ‘tava-me a doer.” (u.s. 2); “E eu recorde-me de ouvir ele dizer: “ela ainda não está a dormir!”, disse o Dr., e depois deram-me outra anestesia.” (u.s. 3); “Pois então ele carregou novamente, eu não disse mais nada, ele disse: “pronto, já ‘tá a...” – deve ter dito! – “já ‘tá a dormir, ou já ‘tá adormecida, ou já ‘tá qualquer coisa...”, porque eu não falei mais nem me queixei” (u.s. 5);

“[...] quando acordei, da anestesia, a... eu meti as mãos assim [em cima das pernas], e aí senti falta da minha perna.” (u.s. 6); “Eu não me recorda de ele me dizer que me ia tirar a perna.” (u.s. 7); “Depois de... de ter falado mal e porcamente, ter dito tudo como os malucos, talvez, deu-me um ataque de choro, comecei a chorar que é mentira!” (u.s. 13); “[...] eu falava, parecia que

‘tava a falar ‘pró diabo. Ou parecia que ‘tava a falar não sei ‘pra quem, que eu... eu só me sentia bem era a falar, mas era só falar mal’/ “[...] disse tudo como os malucos, tudo, tudo, tudo, tudo!” (u.s. 18).

P3 refere que o confronto inicial com a amputação foi dificultado pelo facto de sentir o membro através de sensações de membro fantasma e devido à ilusão que as ligaduras davam de que o seu braço ainda poderia estar intacto. P3 demorou alguns dias até perceber por si, e sem ajuda de outras pessoas, que havia ficado amputado, sendo que a sua atitude inicial foi de considerar que seria aviso do final da sua vida anterior e das suas actividades familiares, e isso açulou-o progressivamente à medida que ia pensando na quantidade de coisas que estaria prestes a perder, dando-lhe sentimento de incerteza acerca do seu futuro acompanhado de sensação de surpresa e dúvida acerca da sua capacidade para enfrentar a situação (sentir-se “preparado”).

“Eu levei algum tempo a ... a aperceber-me que não tinha o membro, e a coisa que mais me marcou foi – porque eu tinha e tenho as dores fantasma, que é continuo a pensar que tenho o braço - e o que mais me marcou foi eu não saber, não sabia que ‘tava com isto, mas sentia tudo, e depois quando comecei-me a aperceber que não tinha, que não tinha um braço, (u.s. 1);

“Eu... acho que o que me custou mais foi mesmo... aperceber-me... da situação. Inicialmente eu ... não queria, não queria acreditar, porque achava, *achava*, que era quase o fim do mundo.” (u.s. 3); Porque eu tinha uma vida, *tinha*, uma vida um bocado... activa, fazia bodyboard, fazia surf, fazia... fazia mil e uma coisa, jogar futebol, e depois comecei-me a aperceber.” (u.s. 4); “Quando eu me comecei a aperceber das coisas que eu tinha, pensava “e agora? O que é que eu vou fazer?”, não é? Aquela incerteza, aquela...” (u.s. 5); “até eu me aperceber mesmo o tão, tão mau da situação, né, acho que a coisa que mais me marcou foi, foi isso mesmo, foi a incerteza, o que é que eu ia fazer da minha vida, como é que eu ia trabalhar, como é que eu ia arranjar dinheiro para comprar uma casa” (u.s. 6); “[...]eu acho que... por muito que as pessoas estejam preparadas para uma situação dessas nunca chegam sem estar lá” (u.s. 7).

P4 faz referência a um único momento de confronto inicial com a amputação e as suas consequências deficitárias quando tenta conciliar o seu desejo de dar e receber afecto através de um abraço e a sua impossibilidade da forma convencional e que lhe era habitual até então. Para P4 o confronto inicial foi marcadamente emotivo e sentido como uma perda irreversível dada a conhecer com mais intensidade num só momento. Para si, o primeiro momento de confronto com a amputação foi paradigmático de como deveria passar a “encarar a vida” daí em diante.

“Soube muito a... quando quando vim da sala de operações, a segunda vez que fui operado, e que ela... (voz falha e dá lugar a um breve sufoco e lágrimas)/ São filhos..! ...Tá a perceber? (A chorar)/ ...E ela... correu para mim!... Custa... custam essas coisas. Pronto. Ah... hoje também já tenho netos, ‘né, sabe como são estas coisas. É assim. Foi... hum.. um-um [momento] que marcou bastante foi, foi aquele./ Pois... (chora enquanto assente com a cabeça e *facis acerca da intenção do abraço*)/ Foi.” (u.s. 1); “a vida, isso (sobe o tom de voz já sem choro). Agora e sempre!” (u.s. 2).

É ainda de referir que em todos os participantes, apesar dos impactos iniciais sentidos, o conhecimento de *estar-amputado* foi sendo revelado, e acentuado, ao longo do tempo, nas vivências quotidianas, gradualmente, em constante actualização e reformulação, i.e. em *processo*.

Suporte recebido em contexto hospitalar:

A notícia da amputação foi invariavelmente dada em contexto hospitalar, e com isto os participantes puderam associar a este ambiente diferentes sensações. Surgem sentimentos de que foi dado um suporte protector do impacto (P1), sentimentos abandonónicos, ou de ineficácia (P2), sentimentos relacionados com a solidão da tarefa de lidar com o impacto da percepção e as suas consequências (P3), e sentimentos de apoio e incentivo à mudança e à adaptação (P4).

Em P1 vemos o relato de experiências de segurança, confiança, força, e ganhos iniciais relacionados com o contexto hospitalar e apoio de pessoas próximas:

“Sentido de.. eh, agora sou um coitado, sou um deficiente, tornei-me uma pessoa deficiente, não me lembro, sou sincero, não me lembro, enquanto tive cá internado.” (u.s. 8); “Lembro-me que ao principio, estava aqui internado ainda, e diziam-me, “ah, se puder levar uma daquelas próteses moveis, não é, que já andam por impulso, prefiro não meter nada, isto também não há-de ser nada...!”, tinha uma grande força, não.. não havia nada que...” (u.s. 42); “quando ainda estava aqui internado, já tava consciente, já tava tudo bem, já tava numa fase final de recuperação física, e lembro-me de dizer, “ah, isto agora vou lá ‘pra fora, isto não é nada” (u.s. 43); “Cá está, também tinha a força dos amigos, dos profissionais do Outão, faziam com que não fosse nada!” (u.s. 44); “Como se, “isso não é nada”, não tinha vivido ainda a experiência fora do Outão. / Ah, “é só um braço, não penses nisso que a vida corre normalmente, não...”/ Tudo, ia correr tudo bem, faz de conta que não aconteceu nada.” (u.s. 45); “Sempre tive essa ideia até ao dia em que saí daqui.” (u.e. 46).

Em P2 vemos o relato de experiências de esquecimento, de desconfiança, de destruição, de indiferença face às tentativas de apoio oferecidas, e de perdas irreversíveis.

“Eu não me recorda de ele me dizer que me ia tirar a perna” (u.s. 7); “E depois eu falei muito mal./ Sério, falei muito ma dentro do... do hospital./ Quando acordei!/ Dra, disse tudo como os malucos!” (u.s. 8); “[o psiquiatra] Falou, falou, falou, falou, e eu só dizia que sim. Metade das palavras eu não percebia o que é que o Dr. dizia, mas só dizia que sim, dizia a tudo que sim! Pronto.” (u.s. 16); Eu só me sentia era falar mal ao pé dele [o fisiatra cirurgião], que era para ele sentir mais ou menos o que me tinha feito por me ter tirado a perna!”/ “Porque eu depois disse assim pra ele: “eu nunca mais ando...” (u.s. 21); “Desde o último dia que tive a chorar no hospital. Nunca mais chorei. Há 4 anos. Há 4 anos, Dra, nunca mais chorei.” (u.s. 47).

P3 faz referência aos momentos iniciais, ainda em internamento, em que se confrontou com a tarefa de enfrentar a amputação e as suas consequências de forma solitária, por si só, e diferente daquela que os amigos lhe diziam. Por um lado, P3 recebeu com desconfiança a forma de apoio inicial que os seus amigos e pessoas próximas lhe deram, e, por outro lado sentiu que precisou fazer sozinho a descoberta de que estava amputado.

“Eu acho que... por muito que as pessoas estejam preparadas para uma situação dessas nunca chegam sem estar lá, porque eu dizia, as pessoas diziam, “ah, isto não há-de ser nada, tu hás-de fazer, tu continuas a viver, tu também és uma pessoa!”, mas eu cá sabia, e sei, que sou uma pessoa, né, mas as coisas que eu fazia já não vou poder fazer, ou plo menos iguais.” (u.s. 7); “Depois quando me comecei a aperceber e a entrar em mim parece que o mundo desabou. Foi, foi, foi muito difícil! Os meus amigos vieram, ajudaram-me, “não tenhas problemas, deixa lá isso há-de resolver-se, há tanta gente sem um braço, tanta gente isto, tanta gente...”, só que eu, sabia que existia” (u.s. 22).

“Eu tive prai 3 dias até perceber que não tinha o braço! Pra já eu pensei, olhava, via as ligaduras, pensei que tinha o braço, porque eu sentia o braço ferido” (u.s. 19); “E a minha mãe dizia “então, tas bom, pah, então?”, e eu dizia “sim, o braço não há-de ser nada!”, a minha mãe não me quis dizer, pensava, “será que ele tá a brincar? Será que ele tá a perceber?”, porque eu não sabia o tão mau que era a situação.” (u.s. 20).

P4 menciona vivências de atitudes colaborativas com o seu médico e com os recursos hospitalares, assim como vivências de aceitação face às condições dadas pela amputação.

“Pois, sempre, sempre [fazia as coisas com vontade]. Tanto que o meu médico, ele próprio é que me disse: “vais para Alcoitão, porque há uma prótese assim e assim, com dois ganchos, fazes tudo, fazes tudo e vens de lá”, e eu fui para Alcoitão. Fui lá eu, fazer isso tudo, durante o ano de 70 e., 74 ou 75. Eu saí em 74 do hospital, e depois é que andei, depois é que comecei a tratar dessas coisas. A andar lá.” (u.s. 22).

“Pronto, são coisas que acontecem, pronto” (u.s. 23).

São ainda visíveis diferenças na intensidade dada às vivências hospitalares. Enquanto P1 e P2 atribuem ao contexto hospitalar significados determinantes para a forma como puderam lidar com a amputação após o internamento, P3 e P4 não lhe atribuem significados preponderantes para a forma como se confrontaram com as suas amputações, apesar de fazerem referência, ou deixarem implícita, referência ao contexto hospitalar.

Alterações de consciência:

Podemos ver que todos os participantes relataram alterações de consciência directamente relacionadas com a amputação (P1, P2, P3, P4) e/ou por acumulação de outras perturbações ou doenças orgânicas que também implicaram cirurgia (P2, P4).

Estas podem ser devidas a estados de *coma* (P1, P3), *anestésias* relacionadas com a amputação e dessensibilizações progressivas (P2), sensações de *membro fantasma* (P3, P4), anestésias associadas a *outras complicações de saúde* acrescentadas à amputação com necessidade de outra(s) cirurgia(s) (P4), *difficuldade de associação mnésica* (P2), e/ou sensações de *loucura* (P2).

P1 faz referência a alterações de consciência aquando de estado de coma inicial, pós-operatório, como parte de um acontecimento possível, apesar das circunstâncias particulares (relacionadas com amputação) e consequências assustadoras porque imobilizadoras.

“[...] fiquei gravemente lesado pelo acidente, tive um mês, praticamente um mês, inconsciente, e quando acordava... e ‘tava completamente paraplégico, não mexia para lado nenhum.” (u.s. 1; P1);

P2 menciona uma sequência de duas anestésias gerais como forma de induzir a perda de consciência acerca da amputação que iria fazer, e refere ainda dificuldade de associação mnésica, sensações de loucura, e outras complicações de saúde acrescentadas à amputação.

“Tive que levar duas anestésias gerais na cabeça [...]” (u.s. 1);

“Eu não me recorda de ele [o médico] me dizer que me ia tirar a perna.” (u.s. 7);

“Às vezes ‘tou a ver certas coisas – agora só ouço, ‘né [depois de cegar] – mas quando via, via as cenas na televisão, ou cenas bonitas, ou cenas não bonitas, ou sangues, ou ferimentos, ou filmes de porrada, ou não sei quê, e eu dizia assim ‘pra mim: “Epah, mas tu deves mesmo ‘tar ficar maluca!”, e depois eu dizia assim, eu começava a rir, ou entre as mortes, ou entre os feridos, ou

entre não sei quê, e eu dizia assim ‘pra mim: “Epah, tu ‘tás mesmo a ficar maluca!”. E tenho, às vezes, Dra, tenho sensações que ‘tou mesmo a ficar passada da cabeça.” (u.s. 61); “Porque eu às vezes penso que ‘tou mesmo a ficar doida, que ‘tou mesmo a ficar maluca, e depois digo assim ‘pra mim: “Epah, mas tu não és maluca! Tu ainda tens o teu juízo! Tu ainda tens o teu pensar! Ainda tens isto, ainda tens aquilo!”, mas de repente, Dra, parece que não tenho nada outra vez!” (u.s. 74).

P3 relata alterações da consciência aquando de um estado inicial de coma, e após acordar devido à presença de sensações de membro fantasma que lhe dificultaram a percepção da ausência do braço e do confronto com a amputação.

“Passei, tive 8 dias em coma, depois, ao segundo dia, no dia em que vim aqui pró Outão, eu tive prai 3 dias até perceber que não tinha o braço! Pra já eu pensei, olhava, via as ligaduras, pensei que tinha o braço, porque eu sentia o braço ferido” (u.s. 19);

“Eu levei algum tempo a ... a aperceber-me que não tinha o membro, e a coisa que mais me marcou foi – porque eu tinha e tenho as dores fantasma, que é continuo a pensar que tenho o braço - e o que mais me marcou foi eu não saber, não sabia que ‘tava com isto, mas sentia tudo” (u.s. 1); “e faz isto, penso eu que faço, e faz sensação que tou a fazer mesmo! Eu sinto os dedos a tocarem-me na mão! Por incrível que pareça, eu a fazer as coisas, e eu sei que não tá a mexer nada, mas tou assim, a dar ordem e pra mim eu tou a fazer! É estranho! Sei lá!” (u.s. 15).

Em P4, para além das alterações de consciência associadas às anestésias gerais para a amputação da perna e do braço, podemos ainda assistir falhas mnésicas, a sensações de membro fantasma (sentidas como algo facilitador da sua adaptação à amputação e como uma ajuda para não ter inteira consciência acerca da ausência dos membros), e a outras anestésias e cirurgias associadas à amputações da perna (como algo que lhe acrescenta conhecimento acerca da experiência de ser doente e por vezes dependente, mas simultaneamente como algo que lhe acrescenta resistência física e psicológica para combater pela sua vida.

“Depois também estar a falar nelas também... também... não é o custar! O que é é que também às vezes de momento não surge.” (u.s. 13);

“Quando acordei da operação... e isto há uma dor, que é chamada a dor fantasma, que a gente não se apercebe que temos a falta da amputação.”(u.s. 17); “[...] É uma coisa que não nos leva propriamente a achar grande... a falta, não é...” (u.s. 18); “Atenua por... a gente sente a dor, mas o dizer assim, dizer-se que tenho falta da mão, não, não porque a gente está... actuam, actuam aqui o... os tendões” (u.s. 19);

“É a experiência, de uma vida, de uma vida! (u.s. 46); “A perna foi logo na primeira, na noite do acidente. Portanto, essa foi a maior anestesia. Depois tive a segunda, que foi para reforço da-da, do fémur, para levar outra placa, ah.. e depois foi a terceira, para retirar o material também da perna”. (u.s. 47).

Complicações de saúde cumulativas:

Os participantes P2 e P4 fazem referência a outras complicações de saúde que se acrescentaram às dificuldades derivadas da amputação. É ainda de referir que estes são os participantes mais velhos da nossa amostra, 50 e 65 anos respectivamente.

No caso de P2, deu-se o caso de uma cegueira gradual que à data da entrevista era total, e surgiu como intercorrença da diabetes, tal como as infecções que tinha na perna que foi amputada. Para P2, a acumulação da cegueira veio aumentar a sua vivência de dependência de terceiros com fortes sentimentos de precisar agir de formas que vão contra a sua vontade e desejo de autonomia e independência. Para além da cegueira, P2 acumula a perda de dentes. Ambas situações de saúde que acumulam vivências dramáticas de perdas corporais contra a sua vontade e sentidas como mais fortes que o seu poder de acção.

“[...] é nisso que eu ‘tou a viver constantemente agora contrariada enquanto não tiver a minha vista. Porque eu depois de ter a minha vista já não preciso que ele me faça isso, que eu vejo! Agora enquanto eu não vejo é mentira! (u.s. 73);

“[...] tiraram-me os dentes todos de trás, agora só tenho os dentes da frente. (u.s. 66).

P3 fez referência a outras intervenções cirúrgicas devido a complicações do aparelho respiratório como uma acumulação de experiências que o tornam dependente da ajuda médica e de mais anestésias e cirurgias.

“Esta última foi agora em Março, quando fui operado ao nariz./ “E agora foi esta por causa do ressonar, ressonar e ter paragens respiratórias, este exame já eu fiz em Outubro também. E tinha... ah.. em 7 horas, em 7 horas que tive o aparelho, tive sempre e fiz apneia” (u.s. 47).

Ruptura ou perda irreversível:

Foram verificadas vivências de ruptura com estados ou formas de ser e fazer anteriores à amputação em todos os participantes. Estas vivências manifestaram-se em todos os participantes com sensações de independência de controlo funcional voluntário e do exercício da vontade.

A interrupção da experiência de ter o corpo inteiro pode ainda ser vivida como uma ruptura, como uma mudança, ou então como dúvida acerca da existência da continuidade do *self* e do poder e limites pessoais tal como os participantes se conheciam antes da amputação.

Para P1 a perda maior deu-se ao nível da forma como passou a ver como agora é olhado pelos outros e pela perda da independência relacional que considerava ter antes da amputação.

“Não aceitava porque sempre fui muito independente, e o facto de ter de pedir a alguém para fazer alguma coisa é mau.(u.s. 57).

Em P2 são visíveis perdas da vivência de independência relacional com ruptura no sentido da continuidade da sua vida (inclusive com efectiva sensação de perda da vida), perda da tranquilidade, perda do choro e do controlo emocional, e perda da sensação de lucidez, com fortes sensações de vazio, ausência, e contrariedade.

“É isso que eu não gosto de ficar contrariada. É isso que ele me ‘tá sempre a contrariar.” (u.s. 67); “[...] porque eu não posso ir sozinha um dia. Olhe, eu se quiser um café tenho que lhe pedir a ele para me ir ao café buscar um café, se quiser ir aqui tenho que lhe pedir a ele ‘pra ir comigo, se quiser ir a outro lado tenho que lhe pedir a ele ‘pra ir comigo, e é isso, Dra, que eu não queria! Porque eu sempre andei à vontade, sempre corri, sempre brinquei, sempre pulei, sempre não sei quê, tudo à maneira, e não precisava dele ‘pra nada. E agora, enquanto agora preciso dele ‘pra tudo.” (u.s. 68);

“Eu pareço que eu falo, e que brinco, e que rio, e que não sei quê, mas por outro lado é por rir e por brincar e por não sei quê... porque eu acho que ‘tou morta mesmo!” (u.s. 57);

“Mas desde que me tiraram a minha perna, chorei o que tinha a chorar na vida, já não choro mais. / E se eu chorasse desabafava, Dra, eu ficava mais calminha, mas eu não choro. Não consigo, não consigo mesmo chorar.” (u.s. 55);

“eu penso nisto e penso naquilo e penso no outro e penso em tudo, e depois não penso nada. Penso em tudo, mas de repente não penso em nada [...]” (u.s. 59); “então eu às vezes estou em casa, sozinha, começo a falar – eu a pensar a falar sozinha como os malucos – e de repente digo assim para mim: “ mas eu ‘tou a falar para quem? Para as paredes? Pós móveis? Não ‘tá aqui mais ninguém em casa se não eu!” É verdade!” (u.s. 60);

“parece que não tenho massa encefálica. Parece que a minha cabeça é só serradura. Sério. Às vezes sinto a minha cabeça tão oca, tão oca, tão oca, parece mesmo que a massa encefálica se ‘tá a ir embora, e que eu fico com a cabeça cheia de serradura.” (u.s. 64); “Sei que tenho... só tenho sensações que Tou transparente! Verdade. Sinto-me mesmo transparente. Depois olho para mim e é tudo mentira.” (u.s. 62).

P3 deparou-se com a perda da forma que considerava independente e da posição de liderança que ocupava no relacionava com outros, perdendo a noção de controlo e de comando em correspondência com a sua vontade, e de capacidade de ajuda aos outros, para sentir que agora só pode ser ajudado e dependente das circunstâncias e de outros.

“[...] as coisas fazem-se por instinto. E eu, por mais que queira não... o movimento sai mas a coisa não se faz” (u.s. 9); “Falta-me sempre qualquer coisa, falta-me a mão para segurar e a mão para apertar.” (u.s. 82);

“E eu não entrava em nada que não fosse para ganhar, [...], e agora vou ver que vou tar do lado contrário mas bem pior ainda! (u.s. 27); “eu sei que eu era tipo um líder, ‘pra eles, e agora é ao contrário, agora tenho que fazer alguma coisa por eles, antes era ao contrário, na altura trabalhavam eles ‘pra mim, uma maneira de dizer ‘né, porque eu exigia “passa-me a bola!; dá

àquele!”, pronto, fazia, dava.. porque também jogava, sabia mais que eles não é, então eu punha o jogo... “passa àquele!; Dá ao outro!”, eu é que estipulava a jogada” (u.s. 43);

“Porque eu nunca tive nada, nada sem ser tirado do meu corpo, pronto, se eu queria uma bicicleta ou queria uma coisa assim, a minha mãe não tinha que me dar, tinha que fazer o trabalho [...], tudo aquilo que eu tinha tive que trabalhar e lutar por elas.” (u.s. 65);

“[...]e tenho que pedir ajuda à minha mãe, “segura aí, marca aqui”, não é, não é, pronto para além de uma arma foi um instrumento de trabalho perdido. Tanto instrumento de trabalho como de divertimento, tudo. (u.s. 77).

P4 refere a perda da concretização da sua vontade, da falta de comando ou correspondência com a sua vontade, com sentimentos de perda de independência em algumas circunstâncias.

“quando quando vim da sala de operações, a segunda vez que fui operado, e que ela... / São filhos..! ...Tá a perceber? /...E ela... correu para mim!... Custa... custam essas coisas. Pronto. (u.s. 1);

“[...] Não me ia, não me podia ir embora!// Era uma forma de me segurarem. E fiquei, fiquei até que a firma fechou [...]” (u.s. 5); " Sentia e tinha que me calar, tinha que me aguentar, né?! E eu próprio também não resolvia nada porque também sabia que não podia sair dali, para onde é que eu ia? Eu próprio sentia isso, não podia adiantar nada.” (u.s. 10); “acatava a ordem. Era o “sujeitava-me”. (u.s. 14).

Mudança nas relações com outros:

Surgiram referências a mudanças nas relações com outros, que, por sua vez, podem acarretar diferenças a nível do reconhecimento do outro, sentimentos de rejeição do outro face a si, e da ajuda de terceiros quando há consciência da diferença ou deficiência física.

O desejo de ser reconhecido por outros: Todos os participantes revelaram interesse em serem reconhecidos por outras pessoas. Os participantes 1, 3, e 4, movem-se em esforços por superarem as suas dificuldades físicas, por aprenderem novas competências em diferentes áreas e por cumprirem objectivos e projectos pessoais, e assim reconhecem-se a si próprios e esperam que outras pessoas os reconheçam como eles mesmos ou então que reconheçam os seus esforços, as suas capacidades e as suas conquistas. Nestes esforços, é ainda comum entre estes participantes o desejo de poder competir com outros e encontrar ganhos nas suas experiências, e de não se sentirem discriminados pela deficiência, ou desvalorizados.

Neste âmbito, os participantes 1 e 3, revelam necessidade de serem reconhecidos por pessoas amigas e/ou familiares por aquilo que foram antes da amputação em sentido

alargado. Enquanto o participante 4 manifestou desejo de ser reconhecido entre pares e padrões no campo profissional sem se comparar com o seu passado. A participante 2 revelou que foi significativo que outras pessoas se possam lembrar dela como era antes da amputação: considerada muito diferente pela positiva, e isto ajudou-a a confirmar a sua percepção de que já não é reconhecida nem se reconhece como ela mesma. Apesar dessa falta de reconhecimento, para esta participante continua a ser importante a presença de outras pessoas como testemunhos dos seus diferentes estados de humor ou de consciência apesar de por vezes não desejar as suas interferências ou intervenções, enquanto para os restantes participantes revelou-se importante o feedback e a interação com essas e outras pessoas.

A consciência da diferença e a ajuda recebida: Todos os participantes referem a necessidade de recorrerem à ajuda de terceiros (P1, P2, P3, e P4) e/ou de objectos (como a prótese em P1, ou o veículo motorizado em P4) para a realização de tarefas.

“Comecei a aceitar que teria de pedir ajuda muitas vezes, apesar de, de primeiro tentar fazer por mim, também já fiz algumas evoluções, tentar fazer por mim, depois quase sempre pedir ajuda a alguém, de resto aceitei tudo.” (u.s. 56; P1).

Com esta consciência de que precisam da ajuda de outros, os participantes oscilam entre sentimentos de dependência e de independência, de acção e de imobilidade, de controlo e de descontrolo, entre o familiar e o desconhecido/estranho (em si e/ou nos outros), entre o medo e a coragem, a força e fraqueza ou desvantagem, ou então dá-se a vivência de que há coisas que são irreconciliáveis, vetadas à solidão ou à incompreensão quando as suas vontades não conseguem se concretizar em actos concretos, quer porque a conquista não corresponde à ambição (como acontece em P4), quer porque as acções concretas (ou as “não-acções”) não correspondem à vontade de mobilidade e à intenção (exemplos nos participantes 1, 2, e 3). Podemos ainda acrescentar que em todos os participantes existem sentimentos de dependência e de obrigação a serem ou fazerem algo por imposições externas que transcendem as suas vontades, sentimentos estes que ora são sentidos com resignação, ora são sentidos com revolta, descontentamento, tristeza, ou raiva.

Sentimentos de rejeição e de descontentamento: Nas experiências analisadas, surgem em todos os participantes sentimentos de ser rejeitado, desvalorizado, ou desconsiderado na sua totalidade ou em alguns momentos pontuais, ou então a necessidade de rejeitar outros ou acções deles ou sentirem-se descontentes com eles/elas. Nota-se ainda a existência de momentos de negação da importância de ser

amputado ou de poder vir a ser (em P1, P3, e P4), em momentos antes da amputação ou depois.

P1 espelha estas dificuldades e as suas implicações na forma como sente que é visto e identificado pelos outros como alguém “diferente” do que era ou então diferente das outras pessoas (comparado consigo mesmo, ou comparado com outros), especialmente se as outras pessoas forem pessoas que são distantes de si afectivamente, pois aí P1 sente-se também mais distante de si mesmo e isso fá-lo sentir tristeza, nostalgia do passado, e, por vezes, sente receio de arriscar ser diferente e de diferente modo.

“ [...] o facto de sentir as pessoas a olhar ainda mais, torna-se muito complicado” (u.s. 13); “As pessoas olham, “ah ‘tadinho, jovem, e agora o que é que vai ser da vida, o que é que vai ser da vida dele”, sinto que isso... é uma injustiça, sempre trabalhei para dar sempre... ser o melhor, para chegar onde quero, e as pessoas que me tomam logo aí fazem logo um juízo.” (u.s. 14); “Um dos pontos negativos ‘tá no olhar das pessoas. O juízo da diferença que as pessoas fazem sobre mim.” (u.s. 15); “a pessoa olha para mim e pensa, “ah, não tem o braço, não vai ser ninguém!” (u.s. 16); “[...] e talvez tivesse sido esse olhar, ou esses olhares todos, que eu não conseguia ir... tirar a prótese na praia. Foi a única coisa que eu não consegui ultrapassar. Foi a única coisa. (u.s. 20);

“Outro aspecto negativo, sempre fui uma pessoa que... que vivi muito na sociedade, sempre pertenci a associações, sempre pertenci a grupos de amigos, e.. o facto disso faz com que hajam muito, algumas vezes estar fora [...] e quando vou jantar fora, ou almoçar fora, quando olho para o menu, tento sempre pedir algo que eu sei que vem partido, sempre, [...] e não vou pedir ajuda a ninguém “ (u.s. 58);

“Até mesmo as vezes, quando estou sozinho, não é, e vou a algum lado, ou tou a ler qualquer coisa e... e este receio que eu tenho, de ir ao mar e ter que tirar a prótese, a... reflecte-se com todo o tipo...” (u.s. 32); “imaginar que tou a ver uma revista e tou a ver umas imagens em Copacabana ou em Cuba... um sitio paradisíaco para passar férias, a pessoa está a olhar e está a ver toda a gente a divertir-se numa praia, numa piscina, e... penso, podia tar aqui, e não consigo, não posso ir, cá está, não é não consigo, é não posso ir.” (u.s. 33);

P2 refere que passou a ser mais dependente dos outros em quem não confia ou deixou de confiar, como a capacidade do seu médico solucionar os seus problemas e do seu marido para lhe proporcionar o que necessita para o dia-a-dia, e com isso P2 sente-se dependente (dentro) das relações e, simultaneamente, fora das relações, com percepção de que os seus relacionamentos tornaram-se confusos, paradoxais e, muitas vezes, demasiado solitários e ausentes, com sentimentos fortes de revolta, descontentamento, e obrigação.

“ele fez-me tanta coisa que eu disse assim ‘pra ele: “Dr., você podia-me ter cortado o pescoço! ‘Plo menos eu não sentia mais nada. ‘Tava a dormir, já não sentia o pescoço, cortado, nunca mais acordava”. (u.s. 22);

“Muito. Muito [contrariada], Dra, porque eu não posso ir sozinha um dia. Olhe, eu se quiser um café tenho que lhe pedir a ele para me ir ao café buscar um café, se quiser ir aqui tenho que lhe pedir a ele ‘pra ir comigo, se quiser ir a outro lado tenho que lhe pedir a ele ‘pra ir comigo, e é isso, Dra, que eu não queria! Porque eu sempre andei à vontade, sempre corri, sempre brinquei, sempre pulei, sempre não sei quê, tudo à maneira, e não precisava dele ‘pra nada. E agora, enquanto agora preciso dele ‘pra tudo.” (u.s. 68);

“Relaciono-me em tudo e não me relaciono em nada!” (u.s. 74); “[...] só tenho sensações que Tou transparente! [...]” (u.s. 62).

Em P3, surgiram modificações relacionais que o fizeram olhar para si de uma nova perspectiva, onde passou a deixar de ser líder e capaz para ter de ser mais submisso e fraco, e onde deixou de ser quem ajuda para ser aquele que é ajudado. Para si esta foi uma mudança radical na sua forma relacional acompanhada de sentimentos de culpa, obrigação, descontentamento, e dúvida.

“E eu não entrava em nada que não fosse para ganhar, se eu tivesse num grupo de amigos e que as coisas tivessem a correr mal eu tinha que refilar com eles, e agora vou ver que vou tar do lado contrário mas bem pior ainda! (u.s. 27); “Porque eu criticava aqueles gajos que jogavam à bola comigo, eu era, porque as coisas não saíam bem, eu achava que tinham que sair bem! E agora ‘tou no lado contrário. (u.s. 28);

“Eu sei que eu era tipo um líder, ‘pra eles, e agora é ao contrário [...]” (u.s. 43); “Não tou na mó de baixo mas tou igual a eles, e agora eu penso que dando o meu máximo ainda é menos que aquilo que eles conseguem dar agora. Portanto, eu agora devia de olhar pra mim da mesma maneira “fogo que pastelão, não passa!”, não é? E agora eu tou-me a por no papel deles!” (u.s. 47).

P4 assumiu a sua relação de dependência com outros como algo inevitável e que poderia simultaneamente retirar vantagem na forma de se ver inteiro e integro ou fiel a si mesmo, mas também faz referência a sentimentos de inferioridade e ao desconforto que sente quando é olhado como diferente na sua relação com outros aquando do uso de prótese como denunciadora dessa diferença.

“Senti, senti essa diferença.”/ “[...] Não, eles aumentavam-me, mas sempre menos que a outros.” (u.s. 7); “Sentia e tinha que me calar, tinha que me aguentar, né?! E eu próprio também não resolvia nada porque também sabia que não podia sair dali, para onde é que eu ia? Eu próprio sentia isso, não podia adiantar nada.” (u.s. 10); “É, é a forma de.. é o lutar sempre.”/“Pois...é... não parar! Pois.” (u.s. 12); “Vou, vou com a minha mulher, vou com qualquer pessoa para qualquer lado, todos os dias eu vou. Todos os dias não, quando é preciso. Quando é preciso vou... para todo o lado.” (u.s. 35);

“Se calhar seria.. mais olhado, ou coisa assim. Porque há muita gente que...(respira fundo rapidamente) eu, mesmo com o aparelho, que não se apercebe de, de... da falta da mão.”/ “Olhavam mais não é!... “o que será, e o que não será?!”, e tal. Pois...!”/ “[...] Assim [sem prótese] não sinto esse olhar de nada, nada! (u.s. 41)

Vivência temporal:

É comum entre os participantes haver referência ao eixo temporal antes e depois da amputação separados por momentos de consciencialização de uma perda irreversível.

Nos quatro participantes existe o relato de um momento de confronto inicial com a amputação, e existem referências de competências ou capacidades irremediavelmente perdidas. Como tal é frequente que a consciência da perda irreversível e inegável espoleta emoções como a raiva e/ou a tristeza, e sentimentos de perda, de culpa, de descontrolo, impotência, incapacidade de agir de acordo com a sua vontade, impossibilidade de negar as dificuldades de ser amputado(a), e competitividade com outras pessoas numa luta e esforço por ser reconhecido entre os demais como capaz de realizar algo desejado para si ou para outros.

Para os participantes P1, P3, e P4, existe a referência à vivência do tempo como uma necessidade de ter “mais tempo” para atingir objectivos. O primeiro refere a necessidade de ter “mais tempo” para se habituar e treinar a exposição da sua amputação aos outros, o segundo direcciona esta necessidade à sua adaptação e regresso ao trabalho e à eficácia que sente perdida, e terceiro menciona a importância de ter tido “tempo” dado pelo patrão para se poder adaptar à primeira fase da amputação. Apesar das diferenças de vivência, ambos fazem referência à necessidade de lidar com os outros de forma competitiva, que associam a maior velocidade de acção e ambos sentem-se em desvantagem nisso.

“Mas há aquele momento em que já se está mais à vontade, no fim da tarde, e aí sim é que vou, vou finalmente ao banho.” (u.s. 27; P1);

“Já não vou poder trabalhar, porque ninguém quer um electricista a fazer uma instalação eléctrica que leve 2 anos, as coisas são feitas... hoje em dia as coisas são feitas com velocidade, ‘pra se ganhar dinheiro ‘né, e eu sei que já não posso viver, já não posso viver... do trabalho, ‘plo menos desse trabalho. Portanto, eu vejo-me, vejo-me limitado a... a muita coisa, e isso é que me deixa mais... triste, desapontado.” (u.s. 81; P3).

Para os participantes 1, 2, e 3, a perda é assinalada como um marco que os separa de um passado muitas vezes referido como melhor que os períodos de tempo que decorreram após a amputação até ao presente, e por isso é possível ver uma sequência

de acontecimentos ao longo do tempo e um lugar de destaque ao passado, de modos diferentes. O passado é um lugar melhor onde qualquer destes participantes pode sentir mais liberdade, mais capacidade de liderança, independência face aos outros, e mais mobilidade e iniciativa, como de resto tem sido referido, através de exemplos, nos constituintes anteriores.

“[...] eu fui sempre uma pessoa muito activa, sempre gostei de praia, inclusive fazia praticas radicais no mar, e hoje, quando vou à praia não consigo sequer tirar a t-shirt. [...]” (u.s. 12; P1);
 “porque eu nessa altura [antes da amputação] tinha muito prazer em viver [...]!” (u.s. 30; P2);
 “Porque eu tinha uma vida [...]” (u.s. 4; P3).

Para o participante P4, a amputação trouxe-lhe, por um lado, p.e. a impossibilidade de voltar a abraçar a filha como fazia antes da amputação, mas por outro lado a sensação de que sempre viveu com a amputação – É uma vivência paradoxal onde o passado antes da amputação é sentido como se estivesse esquecido e o destaque é dado ao vivido depois da amputação, onde P4 é *o que sempre foi*, a sua vida vive-a andando “para a frente”, e não se recorda de como era antes da amputação ou de como foram vividos momentos do seu passado mesmo já enquanto amputado.

“É a experiência, de uma vida, de uma vida! Porque eu era, era jovem quando tive o acidente.” (u.s. 46);
 “Depois também estar a falar nelas também... também... não é o custar! O que é é que também às vezes de momento não surge.” (u.s. 13);
 “O encarar a vida, isso (sobe o tom de voz já sem choro). Agora e sempre!” (u.s. 2);
 “[...] nunca fiquei parado, nunca ‘desmoreci, pronto, sempre com ânimo, prá frente.” (u.s. 29).

Em contrapartida ao participante P4, para P3 revelou-se importante dar grande destaque às vivências antes da amputação, como tentativa de compreensão das suas experiencias após a amputação e de atribuição de sentido à própria vida e como forma de lidar com a incerteza e angústia que sente frente ao presente e ao futuro.

“eu cá sabia, e sei, que sou uma pessoa, né, mas as coisas que eu fazia já não vou poder fazer, ou plo menos iguais.” (u.s. 7)

Apesar das devidas diferenças na forma como o fazem, em todos os participantes revelou-se importante a procura de sentimentos de continuidade com auto-conceitos e auto-imagens em que se revêem desde sempre e que será mais visível nos constituintes “Antagonismo psicológico” e “Questionamento da identidade”.

Antagonismo psicológico:

Em momentos de dúvida e questionamento acerca de si mesmo e/ou dos outros todos os participantes revelam uma movimentação activa entre diferentes perspectivas, muitas vezes antagónicas entre si. Na experiência da amputação foi observado que os participantes oscilam entre ideias de que se consideram iguais e diferentes dos outros, entre considerarem-se livres e independentes e considerarem-se obrigados a ser dependentes, entre sentirem-se capazes e sentirem-se incapazes. Neste tipo de experiências nota-se que é comum haver um esforço de mobilização para lugares psíquicos mais confortáveis onde os participantes procuram menos dúvidas e mais certezas, menos inquietação e mais constância, menos desconfiança e mais confiança e segurança (em si e/ou noutros), menos imprevisibilidade e mais previsibilidade.

P1 questiona-se através do olhar dos outros mas também através das suas próprias contradições ou tensões, e estranha a descontinuidade entre o seu corpo e a sua mente e personalidade sem encontrar soluções que o satisfaçam e oscilando entre posições, por vezes extremadas entre o fácil e possível e o difícil e impossível.

“[...] sinto um juízo daquilo que não sou. Coitado... [...]” (u.s. 14); [...] sei que, se me deixarem eu tenho o meu futuro, se não me julgarem eu tenho o meu futuro, o facto de ter perdido o braço não mudou em nada o meu.. o meu pensar. [...] (u.s. 15);

“O que é que mudou. Tudo. [...] O que mudou foi que comecei a ultrapassar o facto de, comecei a acred..., a ver a realidade, pronto, eu sou uma pessoa que tem estes problemas, pronto, e tem limitações na vida, e isso começo a aceitar.” (u.s. 55).

“Penso, podia tar aqui, e não consigo, não posso ir, cá está, não é não consigo, é não posso ir.” (u.s. 33);

“Eu sou uma pessoa igual às outras, tenho perfeita consciência disso, as vezes até melhor que certas pessoas, [...]” (u.s. 35).

P2 revela dificuldade em encontrar sentido para as suas perdas e para a preservação de si mesma, que pode ir até à ambiguidade entre a morte e a vida, sem que consiga encontrar facilmente ligações compreensíveis, e levando-a, muitas vezes, a oscilar entre dúvidas e inquietações acerca de si e dos outros.

“E apesar de ter tanta dor em cima de mim, eu disse ao Dr.: “Dr., que vá a perna, que fique eu.”” (u.s. 29); “ [agora] Eu pareço que eu falo, e que brinco, e que rio, e que não sei quê, mas por outro lado é por rir e por brincar e por não sei quê... porque eu acho que ‘tou morta mesmo!’” (u.s. 57); “Relaciono-me em tudo e não me relaciono em nada!” (u.s. 74);

“Nem uma coisa muito triste que existisse ou que possa vir a existir ‘pra cima de mim, eu não choro mais.” (u.s. 49).

P3 faz referencia à estranheza que sente face ao seu corpo e que não consegue conciliar com os seus pensamentos e formas de ser habituais e familiares.

“É muito estranho, é porque, eu tou aqui, tou a com vontade de fazer assim, p.e., um exemplo né, [levar uma mão à frente, como se fosse bater palmas], mas eu mexo e eu tenho a sensação, cá dentro, que tou a fazer, e tou a fazer assim, neste momento tou assim com as mãos [a tocarem uma da outra, imaginariamente], e faz isto, penso eu que faço, e faz sensação que tou a fazer mesmo! Eu sinto os dedos a tocarem-me na mão! Por incrível que pareça, eu a fazer as coisas, e eu sei que não tá a mexer nada, mas tou assim, a dar ordem e pra mim eu tou a fazer! É estranho! Sei lá!” (u.s. 15)

“E o que me custa é..., porque cá dentro tá... cá dentro tá igual! As coisas, aquela vontade, aquela garra, eu as vezes tou a olhar pró jogo, “epah, estes meninos...! Se fosse eu...!”, eu vivo a coisa à mesma” (u.s. 72);

P4 refere que a sua submissão e dependência era em simultâneo uma forma de estar preso e incapacidade face às condições impostas por outras pessoas, e uma forma de poder sentir que tinha liberdade e poder de acção por conseguir suportar essas condições e continuar assim a lutar pelos seus objectivos.

“ [sujeitar-se] É, é a forma de.. é o lutar sempre”/ “[...]Pois...é... não parar! Pois” (u.s. 12).

Nos participantes 1, 3, e 4, estes movimentos assumem formas de luta, esforço, trabalho, aprendizagens, ou conquistas pessoais por novas perspectivas e novas formas dos participantes se sentirem actualizados ou realizados. Mas também podem assumir sentimentos de impossibilidade de escolha e outras vezes de impasse das acções em qualquer dos participantes.

“Tenho sempre uma enorme vontade de voltar, e experimentar novamente, de tentar, tentar fazer novamente, esforçar-me” (u.s 24; P1);

“[...] Eu fui prá piscina porque pensei que o movimento dentro de água é mais fácil, e eu como tive muitos anos a fazer aquele movimento o cérebro registou, devia ter registado, pensei, se calhar vou prá piscina e eu começo a dar ordens aqui a este bocadinho e ele começa a querer mexer” (u.s. 12; P3);

“Isto foi feito... foi, fui, fui-me sempre habituando, sempre a... adaptando a tudo, faço tudo, faço tudo na vida... eu acento tijolo, eu faço pesc.. coisas lá no quintal, trabalho de pedreiro para mim não é, eu faço de tudo. Mesmo sem, mesmo sem a mão. Escrevo, escrevo à esquerda, faço tudo.” (U.S. 20; P4).

Questionamento da identidade

Podemos ver que em P1, em P2, e em P3 existem movimentos de procura por uma nova forma de estar mais o mais próxima possível daquilo que foram antes da amputação, mas que isso é um movimento de difícil alcance devido à perda da ligação entre as suas imagens internas em conflito com as suas imagens externas percebidas.

Em P1 podemos ver que existe um conflito entre aquilo que no passado teve potencial para fazer e aquilo que já não pode fazer, entre aquilo que sente que os outros vêem nele e a falta de correspondência com aquilo que ele vê e sente em si, existe uma dificuldade em se situar no mundo de acordo com uma certa continuidade de força e capacidade *interior*, de acordo com uma certeza de *self* e de perda corporal que luta com uma incerteza de ser capaz de se realizar através da nova organização corporal, e de sentimentos que surgem por influências *externas* ou “não-próprias”.

“[...] sei que, se me deixarem eu tenho o meu futuro, se não me julgarem eu tenho o meu futuro, o facto de ter perdido o braço não mudou em nada o meu.. o meu pensar. [...] “(u.s.15).

“A todo o corpo, e reflecte-se no meu estado” (u.s. 29); “Só de pensar tipo sou uma pessoa totalmente diferente. Sinto que vou ser olhado como uma pessoa triste, uma vez que as pessoas que estão olhar têm trespassado... sou uma pessoa triste.” (u.s. 30).

Em P2, estes movimentos levam frequentemente ao questionamento directo da própria existência, com incerteza de existir ou não, oscilando entre perspectivas radicais entre a vida e a morte e o desejo de aniquilar a sua vida física e psíquica e também a dos outros em momentos alternados.

“eu começava a rir, ou entre as mortes, ou entre os feridos, ou entre não sei quê, e eu dizia assim ‘pra mim: “Epah, tu ‘tás mesmo a ficar maluca!”. E tenho, às vezes, Dra, tenho sensações que ‘tou mesmo a ficar passada da cabeça.” (u.s. 61); “Sei que tenho... só tenho sensações que Tou transparente! Verdade. Sinto-me mesmo transparente. Depois olho para mim e é tudo mentira. [...] Eu a pensar ‘pra mim! E eu... epah tu tas bem ou não tas bem, ou tas mal ou não tas mal [...]” (u.s. 62); “[...] parece que não tenho massa encefálica. Parece que a minha cabeça é só serradura. Sério. Às vezes sinto a minha cabeça tão oca, tão oca, tão oca, parece mesmo que a massa encefálica se ‘tá a ir embora [...]” (u.s. 64);

“Fizeram, ele fez-me tanta coisa que eu disse assim ‘pra ele: “Dr., você podia-me ter cortado o pescoço! ‘Plo menos eu não sentia mais nada. ‘Tava a dormir, já não sentia o pescoço cortado, nunca mais acordava”.(u.s. 22);

“ [...] tenho momentos que se eu tivesse alguém ao pé de mim eu dava-me vontade de matar as pessoas.” (u.s. 78).

No caso de P3 estes movimentos assumem tentativas de reformulação acerca de alguns dos seus valores morais e momentos de dúvida, como será possível ver exemplos nos constituintes “Mudanças no sentido de vida” e “Incerteza e expectativa”, mas também é notória uma alteração, reconhecida como alteração funcional, que desafia o seu fundo estrutural ou de carácter. P.e., onde P3 se via como um trabalhador que não pedia ajuda ou não gostava de trabalhar em grupo ou em colaboração estreita, agora vê-se confrontado com essa possibilidade para poder realizar ou terminar uma tarefa.

“Pronto às vezes inventava algumas coisas, mas o início, as coisas que tinham sido feitas por ele não tinham mesmo pica, já mostrava que não era o meu trabalho, era uma maneira de mostrar o... o trabalho, neste caso, o meu trabalho.” (u.s. 62); “Eu, tudo o que não tenha a ver, que não seja uma disputa, que não me faça competir, que não me faça ajudar já não... [...]” (u.s. 63) **Vs** “[...] e tenho que pedir ajuda à minha mãe, “segura aí, marca aqui”, não é, [...]” (u.s. 77) “Eu não posso exigir nada de ninguém porque eu próprio dou o máximo mas não sai, pah, não sai nada de jeito, né?!” (u.s. 74); **Vs** “[...] não é *não sai nada de jeito*, não sai nada como o que era antigam..., como eu fazia antigamente.” (u.s. 75); “Porque eu tenho vontade, sei como é que se faz, mas não as consigo fazer, não consigo passar muito coisa, a... imaginação, ou de idealizar as coisas ou pô-las a funcionar ou... falta-me sempre qualquer coisa, falta-me a mão para segurar e a mão para apertar. Eu sei como é que hei-de fazer, mas não as consigo por a trabalhar. É o que me dói... ‘pra mim é o que me custa mais’” (u.s. 82).

Mudanças nos sentidos para a vida:

Em todos os participantes, foram sentidas mudanças nos sentidos para a vida sempre relacionadas com a consciência da perda do membro. Alguns participantes questionaram os seus sentidos mais profundos até chegarem mesmo à reavaliação de valores morais, como o fez P3, outros, de forma menos radical, como P4, reajustaram comportamentos e reavaliaram relações de dependência como factores positivos. Em P1, P2, e P3, notamos ainda que existe uma referência nostálgica ao passado comparativamente com as circunstâncias presentes e com as necessidades de mudança quando se pensa no futuro.

Não sem movimentos de inquietação, solidão, e angústia, tensão ou mesmo contradição, em P1 manifestou-se na urgência de mudar um estilo de vida que associava a mais desporto, maior convívio social, mais liberdade de acção e movimento entre locais e formas de estar no mundo e com outros, e perseverando no treino de novas formas de acção sobre os objectos e com os outros, nomeadamente fora de casa, em lazer ou trabalho junto de estranhos, de forma a não se sentir em desvantagem

competitiva. Alguns destes pontos já foram dados como exemplos em constituintes anteriores, ficam agora apenas alguns exemplos complementares.

“P.e., quando tive a trabalhar em Lisboa, estive sensivelmente 5, 6 meses a trabalhar em Lisboa, quando não tinha ninguém para ir almoçar, porque às vezes não tinha ninguém para ir almoçar, nunca ia a um restaurante, ia sempre ou ao McDonalds, ou uma Casa das Sandes, ou uma Pizzaut, para comer.. à mão, não ter de pedir a ninguém para partir.” (u.s. 61); “O mercado de trabalho é bastante competitivo, para que não haja a diferença, ao eu pensar que existe uma diferença os colegas vão pensar que eu tenho uma diferença, “então, coitadinho, não consegue tanto como eu”, passa-se muito essa ideia.” (u.s. 62);

“Tenho sempre uma enorme vontade de voltar, e experimentar novamente, de tentar, tentar fazer novamente, esforçar-me” (u.s. 24).

Em P2, o sentido da vida passou a ser questionado com inclusão do desejo de morte (com já foi referido anteriormente noutros constituintes), sendo que os sentimentos relacionados com as suas experiências de amputação são de tamanha destruição pessoal que, por vezes, tem o desejo de deixar de sentir. P2 deixou de se reconhecer, sendo que para si a vida deixou de lhe trazer prazer e desejo de continuar a investir em projectos e formas de investimento pessoal.

“Ele fez-me tanta coisa que eu disse assim ‘pra ele: “Dr., você podia-me ter cortado o pescoço! Plo menos eu não sentia mais nada. ‘Tava a dormir, já não sentia o pescoço cortado, nunca mais acordava”. (u.s. 22);

“Porque eu nessa altura tinha muito prazer em viver” (u.s. 28).

Devido às alterações trazidas pela amputação, P3 permitiu-se questionar valores morais que o faziam agir antes da amputação, e tentar mudar a forma como agora direcciona as suas acções e intenções de acção na relação com outros e na forma de se colocar perante si mesmo, numa tentativa de ajustamento à actual realidade.

“E agora, se calhar vejo as coisas de outra maneira, porque eu se calhar não conseguir... já antes não conseguia sempre, porque até comigo mesmo chateava-me, irritava-me, porque eu não via o *bom* dessa maneira. Pronto, quando se faz uma jogada, e vai até à baliza do adversário, pode ser uma jogada espectáculo, e não ser golo. No entanto, ‘pra mim já não era bom porque não havia golo!” (u.s. 31)/ “E... agora já vejo de outra maneira, porque: se calhar vou trabalhar muito mais o começar de alguma coisa do que o fim.” (u.s. 32);

“Tenho, vou começar a dar valor que as coisas têm, tudo, tudo o que se faz tem valor! Não só o marcar um golo mas um passo bem feito, um passo pró guarda redes, um... vou dar valor a todos os passos, que eu antigamente era, o guarda redes passava a alguém e tinha que acabar em golo, e agora já sei que não, que se calhar se eu passar a bola ‘pra um colega e a bola seguir já..” (u.s. 34); “E mesmo que falhe, fizemos o nosso melhor! E.. e vou dar valor, ou seja, o valor, nesse momento é o que a gente consegue fazer melhor, e não o perfeito, ou seja, só, só bom! Ou seja, não é o só bom, o bom é tudo aquilo que a gente tenta fazer, não é, ou melhorar!” (u.s. 35); “A

ideia primeiro, o máximo era marcar golo, e agora vejo que não, o máximo é aquilo que a gente faz, é aquilo, é a vontade com que nós fazemos as coisas, a entrega!” (u.s. 36).

Tal como já foi referido anteriormente, nomeadamente no constituinte referente ao “Antagonismo psicológico”, P4 revelou esforços de adaptação à amputação mobilizando-se em novas formas de acção e em novos investimentos de aprendizagem, apesar de continuar fiel a aspectos que considera “seus”, constituintes da sua personalidade, como “não ser revolucionário”, e como encarar a vida como uma luta permanente que necessita estratégias de acomodação dependentes de outras pessoas e circunstâncias.

Descontentamento, frustração, e incapacidade para agir

Em P1 e P3, os participantes mais jovens, são visíveis referências à necessidade de ter “mais força” para superar obstáculos e para ser mais competitivo comparativamente com outros e consigo mesmos antes da amputação. Estas vivências acarretam nestes participantes, descontentamento consigo próprios na relação com outros, tentativas de superação que por vezes falham, e sentimentos de incapacidade para agir de modo diferente daquele que melhor conhecem.

“Porque eu sei que isto é uma estupidez, porque eu sei que se tivesse mais força, ou se... se não tivesse este receio, não custava nada, (u.s. 35; P1); “Para ultrapassar este... este receio de tirar a prótese.” (u.s. 37; P1);

“É normal, as coisas fazem-se por instinto. E eu, por mais que queira não... o movimento sai mas a coisa não se faz” (u.s. 9; P3).

Em P2 podemos ver que o descontentamento face à sua situação actual é vivido com grande sentimento de dependência e contrariedade, com raiva, e com desilusão face ao sentido para a vida que perdeu, tal como foi referido no constituinte anterior (*Mudança no sentido para a vida*), entre outros. Para esta participante, a sua vida actual foi traída pelo destino devido a várias perdas que lhe foram trazendo sentimentos de imobilização ou de impossibilidade para agir, sentimentos de frustração pelas desilusões acerca da sua independência e prazer em *ser-no-mundo* que se tornou, contra a sua vontade e expectativa, solitária, sem direcção intencional, e em constante espera – frustrada - de outra pessoa para que possa mudar o curso da sua vida em algum sentido ou ajudar a agir diferentemente.

“E depois a minha distracção é a televisão [...].E tenho, às vezes, Dra, tenho sensações que ‘tou mesmo a ficar passada da cabeça.” (u.s. 61); “É o estar vazio, e é o estar sempre nervosa.” (u.s. 64);

““Agora podes esperar mais um ou dois meses”. É isso, Dra., ‘tá a ver? É isso que eu não gosto de ficar contrariada.” (u.s. 67).

P4 refere que sentiu descontentamento, frustração e sensações de aprisionamento ou impossibilidade de acção em relações de poder, especialmente laborais no início da amputação, mas também refere que actualmente prefere não utilizar prótese porque esta dá-lhe uma maior sensação de acorrentamento a um instrumento que não é o seu corpo e que desperta a atenção de outros, em especial de crianças quando fica a descoberto (sem roupa que a oculte).

“Claro tive foi sempre... fui sempre um bocado rejeitado [...]” (u.s. 4); “Eu reagia só perante o chefe, não é, que tinha sido um colega, e eu reagia perante ele. Aos patrões praticamente não podia dizer nada.” (u.s. 9);

“Assim de verão, como é agora, não ponho, não ponho as próteses por causa das correias, e do calor, e isso e tal, e.. depois tenho de andar com mangas compridas.” (u.s. 38).

Solidão existencial

Ao fazermos uma análise transversal, podemos ver em todos os participantes que em algum momento existiu um confronto com um tipo de solidão inescapável, à qual chamamos solidão existencial. Para estes participantes houve momentos de percepção de que a tarefa de lidar com as suas condições novas e extraordinárias (de amputação) implicam uma forma de estar que por vezes os distancia e diferencia dos outros, e que os confronta com a inevitabilidade do exercício da auto e hetero superação.

Por vezes esta consciência, marcada por inquietações e angústia existencial, é mobilizadora de renovadas forças de mobilização e de responsabilização, como é mais notório em P1 e P3. Em P4 é visível que os seus esforços de ajustamento à nova condição implicam uma sólida noção de que ninguém o poderá substituir nas suas investidas pessoais, e com isso é possível também percebermos que P4 é mobilizado por “fugas para a frente” e esquecimentos: alguns dos aspectos característicos da presença marcada de angústia existencial, ainda que não-tematizada ou explícita pela linguagem. Outras vezes, a consciência deste dado da existência leva a uma desresponsabilização e necessidade extrema de protecção e cuidado por parte de outros, com fortes sentimentos de incapacidade, paralisação da acção, impasse na decisão e escolha de comportamentos e atitudes, e sentimentos de ser manipulado ou usado não como pessoa mas como

“coisa” morta, por vezes sem consciência de que haja consideração pelos seus sentimentos, como acontece em P2.

Incerteza e expectativa

Em todos os participantes é possível ver alguns momentos de incerteza e de expectativa face ao futuro. Em alguns, esses sentimentos são marcados ao longo de toda a entrevista entre o relacionamento com outros, a urgência da mudança de comportamento, e a inquietação da compreensão acerca das dores e membro fantasma, e a construção do seu futuro com reformulação de projectos (como em P3). Noutros participantes, é pontual e circunscrito aos primeiros anos de trabalho após a amputação, como em P4. Estes sentimentos surgem ainda em forma de ambivalência, variável consoante a presença ou ausência de outros que não são estranhos, como em P1. E em P2, a incerteza de continuar a viver é alimentada pela frustração das suas expectativas acerca do que é viver, construídas ao longo da sua vida antes da amputação. Podemos ainda referir que, em todos os participantes, estes sentimentos são cruzados com as suas noções de capacidade para agir e praticar as suas intenções, que por sua vez se cruzam com os significados encontrados nos demais constituintes, especialmente os relacionados com as vivências temporais.

Por considerarmos que estes sentimentos já são suficientemente visíveis ao longo de toda a análise apresentada até aqui, optámos por, desta vez, não apresentar exemplos das variações empíricas a fim de não cairmos na redundância ou na repetição.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tal como o nome indica, este é o capítulo reservado à discussão dos dados resultantes da análise final das variações empíricas, a estrutura geral. Uma vez que os nossos resultados conduziram-nos à *tematização* psicológica das significações implícitas e explícitas da experiência de amputação, vemos que, por sua vez, podemos enquadrá-los, predominantemente, num referencial fenomenológico e existencial. Por este motivo, agora apresentá-los-emos à luz desse referencial, ainda que estabeleçamos alguns diálogos com a restante revisão de literatura.

Devemos referir que aqui não é pretendido analisarmos os resultados das variações empíricas, pois isso levar-nos-ia a quatro estudos de caso pela análise das respectivas estruturas ideográficas (ao invés da análise da estrutura geral). Pretendemos, fundamentalmente, os resultados generalizáveis da experiência de amputação, a fim de nos aproximarmos do nosso objectivo principal: o *conhecimento dos significados da experiência geral*, ainda que não universalizável. Para uma compreensão mais clara do todo da discussão, sempre que fizermos referência aos constituintes das estruturas, serão apresentados a **negrito**.

Ainda antes de iniciarmos esta discussão, gostaríamos de revelar algumas considerações que destacamos à partida, tais como:

- Os nossos resultados não contradizem a generalidade dos dados empíricos conseguidos através de outros métodos ditos mais “clássicos” ou seguindo o paradigma “naturalista”. Entre outras, podemos referir que: a nossa amostra é representativa do que os estudos epidemiológicos referem para a população europeia (Amputee Statistical Database for United Kingdom, 2005/2006): a maioria dos participantes é amputado com origem traumática e apenas um foi amputado devido a problemas de desvascularização, sendo que a nossa amostra é maioritariamente do sexo masculino, tal como estes estudos apontam; o conceito de ajustamento psicossocial e de crise, assim como a generalidade dos resultados relacionados com estas áreas, revelaram-se compatíveis com os nossos resultados. Contudo, talvez devido à natureza do método escolhido por nós, consideramos que os dados encontrados neste nosso estudo podem ser melhor

entendidos à luz das abordagens fenomenológicas-existenciais, pois sem elas, sentiríamos falta de elos (de ligação) entre os actos de consciência e os seus objectos, i.e. entre as características encontradas nesses resultados (objectos da consciência) e os actos perceptivos que conduzem à sua manifestação (actos de consciência).

- Não foram confirmadas quaisquer evidências para os dados relativos à interpretação baseada em teorias psicanalíticas concebidas *à priori* dos seus resultados, tais como: mecanismos de defesa de origem regressiva (Tourkow, 1974; Oliveira, 2004), dos quais ansiedade de castração (Siller, 1995), medo da perda do objecto (Follansbee, 1981), reacções depressivas com introjecção de agressividade e “identificação com o mau objecto” (Tourkow, 1974), localização do desenvolvimento psicológico entre um nível pré-genital e a ansiedade de castração (Siller, 1995); assim como também não foram encontradas evidências para que possamos confirmar que os conteúdos ansiogenicos que podem decorrer de temas como a doença, o tratamento, o medo da morte, e os aspectos psicodinâmicos da personalidade (Bazhuni, 2006) integram o princípio de que estes estão habitualmente inacessíveis à consciência do paciente (Fenichel, 1945), entre os quais o consenso das matrizes arcaicas iniciadas na infância com figuras parentais (Greenberg & Michell, 2003). Pelo contrário, seguindo o paradigma fenomenológico e as investigações de Husserl (1994; 2001; 2006; 2007), não podemos confirmar interpretações que extrapolem as evidências implícitas dadas directamente pelos pacientes, e por isso também não recolhemos qualquer evidência para a existência de “mecanismos”, tampouco que sejam “inconscientes”. Porém, devemos salvaguardar, que esta procura não era o objectivo do nosso estudo. Partimos do princípio husserliano de que tudo o que é percebido existe para uma consciência.

- Para as teorias e hipóteses neuropsicológicas, foram encontradas evidências de pontes de ligação com os nossos resultados na medida em que estas colocam a tónica predominantemente na procura de ligações entre os actos humanos como constituintes dos próprios objectos, nomeadamente através das evidências relacionadas com a reorganização *corpo-self*, modificação de circuitos corticais como forma de reorganização integrada a múltiplas dimensões existenciais, a evidência da perda real associada às vivências de morte (Dhillon, et al, 2005), e as ligações interessantes entre formas de “poder”, “controlo”, “disciplina”, entre outros, no auto-reconhecimento e representação de si (Veja-Bermudez & Johnson, 2002; Damásio, 2000). Porém, tal

como já o referiu Merleau-Ponty (2006b), apesar dos seus enormes contributos, ainda subsistem nesta área, especificamente da experiência de amputação, desconhecimentos por questionar. P.e. porque é que estes estudos dão predominância à informação visual (Hunter et al, 2006; Ramachandram, 1998) e informação sensorial no geral (Marckert et al, 2003; Carvalho, 2004; Vega et al, 2002) como tipos de percepção privilegiado no âmbito do estudo da experiência de amputação? Apesar dos esforços estarem a ser grandes, como p.e. o tem feito Damásio (2000), Sacks (1998), Ertem et al (2006), e Machado (1993), ou p.e., com os estudos relacionados com a exterocepção, propriocepção e interocepção, porque é que, ao ser estudada a percepção da experiência, não conhecemos a nível neurológico mais sobre a interligação “corpo-self” e “corpo-actos-intencionais-objects” através do estudo da percepção não só como imagem ou como fruto da recepção sensorial, mas também como representação, como memória, como imaginação, como fantasia, etc.

LEITURA FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL DOS RESULTADOS

Pudemos identificar um primeiro nível de significação, que mencionámos no início da apresentação dos constituintes (secção “Análise dos resultados”, pág. 96), e que nos remete para quatro dimensões: i) história passada; ii) fase inicial e contexto hospitalar; e iv) expectativas face ao futuro. Agora, podemos reparar que, através das relações entre os seus constituintes, estes quatro níveis de significação conduzem-nos à identificação de três grandes áreas de interesse fenomenológico-existencial nos resultados encontrados. Cada uma delas pode incluir diferentes constituintes, e elas são: a) a vivência temporal; b) a relação com outros; e c) a necessidade de uma visão actualizada de si mesmo.

Cada uma destas três áreas remete-nos para dimensões ontológicas da existência humana como a *temporalidade*, o *Ser-no-mundo-com-outros*, a *espacialidade* e a *corporalidade*. Estes resultados vão de encontro ao referido por diferentes autores (Heidegger, 2006; Sartre, 2005; Husserl, 2007; Merleau-Ponty, 2006b; Zahavi, 1994, 2002) e dialogam entre si através de interrelações indissociáveis e co-constituintes, tal como o refere Husserl quando nos fala da forma como se co-constituem as essências das experiências humanas através de actos intencionais, situados, e encarnados (Husserl,

1994; Zahavi, 2002; Bracco, 2004), sendo por isso ligados entre vivências que se constituem por sínteses activas e passivas da consciência (de Oliveira, 2008). Segundo os resultados, sem estas dimensões relacionadas entre si, não haveria experiência, nomeadamente de amputação. Porém, esta identificação não implica que outras dimensões da existência não estejam presentes nas vivências, apenas significa que foram estas as que mais se salientaram e que, pelo menos para esta amostra, é assim que a experiência da amputação é vivida num plano mais imediata. O que não quer dizer que, se continuássemos, com cada um dos participantes a averiguar este fenómeno com mais entrevistas e análises não pudéssemos encontrar outras dimensões essenciais (Husserl, 2001, 2006).

Mas concentremo-nos apenas nos nossos dados, sem segundas entrevistas. Mesmo assim, entre outras, são visíveis também vivências de *morte*, através da perda irremediável e o caminho desconhecido daí em diante face a uma nova realidade, e também vivências da *facticidade* e da *história pessoal*, através de uma situação que se é obrigado a viver mesmo sem a poder ter escolhido e através da consciencialização de limites incontornáveis. Mas ao longo da apresentação das três dimensões existenciais referidas desde o início deste parágrafo, vamos poder ver, a seu tempo, como elas estão estreitamente relacionadas com essas e outras dimensões existenciais.

A vivência do tempo na experiência de amputação: A temporalidade

Vemos que as maiores semelhanças entre os nossos resultados e a literatura fenomenológica e existencial recaem sobre as directrizes da teoria interna do tempo lançada por Husserl (1994) e a sua simultaneidade de vivências temporais presentificadas, e da analítica do *Dasein* que se concretiza no tempo, segundo Heidegger (2006).

Os dados enquadrados na psicologia empírica clássica (Capítulo I) também se cruzam com estes resultados quando fazem referência à importância do tempo decorrido após a amputação, o processo de alteração da imagem, e a necessidade de continuidade do self (MacLachlan & Horgan 2004; Parkes, 1975; Corbin & Strauss 1987; Morse, 1997). E também vão de encontro da ideia desenvolvimentista envolvida nas teorias psicanalíticas, e às relações que estas estabelecem com conceitos genéricos acerca da identidade e integridade, e o *self* enquanto relação integrada com o mundo, com o

corpo, e com os outros no geral (Oliveira, 2004; Greenberg & Michell, 2003; Meissner, 1997; Meissner, 1998).

A primeira tomada de consciência da amputação dá-se com a entrada no **confronto e impacto inicial** e, com isto, é feito pelos participantes um primeiro corte na linha do tempo, entre um antes e um depois da amputação, ainda que por breves momentos. Tal como é esperado nas análises de Heidegger (2006; 2001), Boss (1997), Kierkegaard (1980), Binswanger (2004), Yalom (1980, 2002), pois, através dos actos de consciência intencional (Husserl, 2007), são relatadas experiências de angústia e até choque emocional, que são sempre acompanhadas de uma consciência da circunstância que faz variar as experiências subjectivas no que concerne a memórias, associações, relação com outros, e expectativas face ao futuro e/ou ao presente imediato. Tal como Heidegger (2006) tanto refere, também o processo de tomada de consciência da amputação, é uma experiência relatada em processo e que só pode terminar com a morte, pois uma vez tornado consciente, este processo re-define direcções de vida, ou mesmo mudanças **nos sentidos de vida**, e não pode ser deixado fora de nós por muito tempo.

O confronto com uma situação limite pode facilitar a urgência de nos concretizarmos, mas não sem sofrimento ou inquietações angustiantes, e por isso vemos os participantes relatam diferentes fases reguladas por movimentos de aproximação em sucessões de “agoras” (Husserl, 1994; Stern, 2006; Yalom, 1980, 2002), que tentam ser regulados através de tentativas de afastamento (p.e. com negação, desvalorização, choque, membro fantasma, etc.). De qualquer forma, está implícita a necessidade de confronto gradual, com o acumular de experiências e de integração em processo e frente a fortes limites da existência humana, entre os quais formas de *Ser-para-a-morte* (Heidegger, 2006), que despertam sentimentos de vazio e de encontro com o desconhecido, o imprevisível, e o incontável. Ao referenciar a perspectiva de Husserl e Heidegger, da-Fonseca (2009), refere:

“a realidade mostra-nos que esse limite ou vazio de conhecimento não só irá manter-se, como acabará por ser uma condição essencial para o surgimento de contínuos, circulares e variados significados ou questionamentos sobre a totalidade da existência, oferecendo a cada indivíduo a liberdade em que terá efectivamente de mergulhar nesse desconhecido”.

Esta vivência de corte, simbolicamente aproximada a uma vivência de morte, é sentida como uma **ruptura ou perda irreversível** que dá início a um novo momento de **descontentamento, frustração, e incapacidade para agir**, percebido com desorientação, tristeza, choque, angústia face à nova forma como a pessoa se poderá re-colocar no mundo, mas também face à antiga forma que, apesar de aparentemente ter sido modificada, “interiormente” permanece intacta. Estes são resultados que corroboram as investigações de Sjödahl et al (2004) e Chini & Boemer (2007). A perda só existe enquanto perda de *algo* que ainda permanece na memória, que ainda mobiliza associações, e, em alguns casos, até sensações de membros fantasma. É uma ilação que comunica com a noção de intencionalidade das experiências descritas por Husserl (1994, 2007); e reconfirmadas por Ferreira (2004) e Zahavi (1994).

Algo manifesta a sua intemporalidade, a sua continuidade, e esse algo é a sensação de que, apesar da perda e suas consequências, permanece um “eu” que necessita re-afirmar-se, continuando a ser o que foi na sua história passada e expectativas face ao futuro, e, simultaneamente, precisa re-colocar-se, e, para isso, precisa identificar pontos de desconhecimento e de estranheza, que provocam inquietação, angústia, dúvida face ao futuro, e em casos extremos face à própria vida. O “eu” que se reconhece, e por isso pode estranhar-se, poderá ser definido como o *self*, ou a personalidade da pessoa, que lhe permite olhar para qualquer direcção e reconhecer-se ou estranhar-se a ela mesma na vivência da sua história pessoal (dimensão da historicidade), mas também na relação directa com os outros (Husserl, 1994, 2001, 2007; Damásio, 2000; Zahavi, 1994, 2002, 2007; Heidegger, 2006).

É uma percepção sentida no presente que é sobreposta com o passado e o futuro percebido, onde é possível ter uma base suficientemente consistente (mesmo nos casos de maior desorganização, e **questionamento de identidade**), um género de uma “rede egológica” suficientemente sólida que permite uma oscilação entre sentimentos de perda, com nostalgia ou esquecimento face ao passado, e simultaneamente com insistência em formas de superação pessoal e interpessoal, ou, pelo contrário, em formas de dependência acentuada de outras pessoas, com sentimentos de incompetência e de incapacidade, e aprisionamento a uma condição insuperável. Mas em ambas as situações o sofrimento psicológico está presente. É então possível vermos como o sentimento de identidade só é questionado porque permanece, ainda que em dúvida ou

fragmentado, e simultaneamente, algo “exterior” a si e contra as suas vontades mudou e fez-se um problema seu. Tal como Leder (cit.: Ortega, 2005) concluiu nas suas pesquisas, mas também é sobremaneira afirmado por Merleau-Ponty (2006a; 2006b), vive-se então um dualismo ou dicotomia do pensamento, das emoções, e da imagem corporal em alguns momentos de maior inquietação, que pode ter a forma de **antagonismo psicológico**. Vemos ainda que pode surgir a necessidade de ter mais tempo para atingir objectivos, que é acompanhada de sentimentos de desvantagem face a outras pessoas sem amputação, mas também, noutros casos, face a si mesmo quando comparados com o seu passado. Neste último caso, a estranheza face a si mesmo pode revelar o “eu” como um “outro”, distante e já inalcançável, quer através de esquecimento de como era antes da amputação, quer através de sentimentos nostálgicos e melancólicos acerca do passado antes da amputação. De algum modo, são formas de alienação pessoal, confirmadas pelos estudos de Sjödahl et al (2004), Chini & Boemer (2007), e French (2005), e pelas perspectivas de Sartre (1994, 2005) acerca da forma como podemos alcançar sentimentos “nadificantes”.

Sendo assim, não é de estranhar porque é que todos os participantes tenham feito referência a experiências onde houve **alterações de consciência**, reveladas através de estados de coma ou inconsciência, alterações mnésicas, sensações de membro fantasma, ou então devido a **complicações de saúde cumulativas** à amputação no caso dos participantes mais velhos. Este tipo de experiências é reveladora de uma mudança de estado (de consciência), onde se alterna entre o desconhecido e o conhecido, e sempre através de acções consideradas não voluntárias, e por isso não livres e desresponsabilizadas. Estes são resultados que confirmam a teoria de Satre (2005) no que se refere à relação entre percepção da escolha, e percepção da liberdade e da responsabilidade pessoal.

No caso dos participantes mais velhos, vemos como estes constituintes se encontram com o envelhecimento e as perdas naturais de funções e de vitalidade num corpo que resiste ao tempo numa luta desigual que se acumula às lutas impostas pelas dificuldades relacionadas com a amputação. Para melhor compreendermos a relação entre este último constituinte com a temporalidade “corporalizada” dos participantes, aludimos à tese de João da Fonseca (2009), sobre o envelhecimento e a experiência de finitude, que nos diz que há uma antecipação do sofrimento do processo de morrer

através da “*actual vivência das limitações e desconfortos físicos presentes na situação do envelhecimento, bem como do medo que a aniquilação do corpo provoca na consciência de qualquer ser humano*”. A amputação conjugada com o envelhecimento pode revelar uma vivência de perdas e desafios múltiplos, onde podemos dar pela presença de angústia existencial, quer na forma de tentativa de transcendência e superação dos limites e força pessoais, quer na forma oposta de dependência e medo do aprisionamento aos limites: uma força ansiogénica mobilizadora destas pessoas. Autores existencialistas como Yalom (1980, 1991, 2002), Kierkegaard (1980), May (1977), mas também Heidegger (2001, 2006), enfatizaram esta dimensão mobilizadora da angústia no cumprimento do projecto de existir e estar constantemente a vir-a-ser. Surgem então, nestas sequências co-constituintes da experiência de amputação sentimentos de **mudanças nos sentidos para a vida**, espoletados pela urgência de Ser “agora” que se é, conscientemente, um Ser-limitado pela *facticidade* e, por isso também um *Ser-para-a-morte*.

Quando o **descontentamento, a frustração, a capacidade para agir** são superiores à capacidade mobilizadora da angústia, os participantes podem sentir-se perante impasses e sensações de paralisação da acção, sentindo-se contrariados porque posicionados entre opostos e conflitos de escolha, onde a melhor solução encontrada é a aparência de não estar a agir, que pode oscilar entre sentimentos de dependência de terceiros, desvantagem competitiva. Em alguns casos, o uso de prótese tanto pode funcionar como libertador e elemento fundamental no aumento da auto-estima, como pode funcionar inversamente e com efeitos indesejados na forma como se sentem olhados pelos outros, sendo que na nossa amostra, o participante que viveu a primeira situação é mais jovem que o participante que referenciou a segunda situação.

Neste contexto, e em qualquer caso, surgem sempre referências a uma procura por sentimentos de “independência” face aos outros, sentimentos que ajudem estas pessoas a sentirem-se mais capazes de se concretizarem através da diferenciação e distancia face aos outros que podem ser olhados por eles. Muitas vezes, os outros são vistos como motivo de aprisionamento a determinados comportamentos padronizados. Quando os outros são sentidos como muito invasores, podem causar vergonha e medo, mas quando sentidos como demasiado ausentes, também podem ser causa de sentimentos de vazio, ausência, e negação de valor pessoal, levando a que a pessoa

possa sentir-se como um objecto que a qualquer momento pode estar sob o perigo de aniquilação. Estes resultados são corroborados pelas diferentes perspectivas de Sartre (2005) e de Heidegger (2006).

A vivência da interrelação: O Ser-no-mundo-com-outros

Os resultados mostram que são notadas pelos participantes **mudanças nas relações com outros** capazes de transformar as pessoas nas duas direcções, especialmente o “eu”, mas também o “outro”. A existência no mundo é alterada em relação com outros, nas suas presenças, face aos seus olhares e acções (Satre, 2005). Podemos ver que surgem *desejos de ser reconhecido*, identificado como familiar/próximo ou então como igual ao que era antes, surgem também *sentimentos de rejeição e de descontentamento* face a si mesmos e/ou face a outros, e a consciência de que passou a haver uma *diferença que os separa dos outros* e que muitas vezes coloca-os na posição daquele que precisa ser ajudado em oposição àquele que pode ajudar.

Perante estas diferentes vivências, surgem ainda sentimentos de que é obrigatório vivê-las, não há fuga possível – a vivência da facticidade, já anteriormente referida, e associada a existencialistas como Heidegger (2006) e Sartre (2005) quando nos falam de que eu “sou na minha circunstância”. Para os participantes, através da consciência da mudança só resta a imperatividade de se lutar por algo que possa trazer sensações de libertação das novas limitações, ainda que essas lutas passem por explosões de raiva e ideias de destruição do próprio e do outro. É a afirmação da vida sobre a morte. Mas são vivências que só surgem associadas a sentimentos de inferioridade, dúvidas e inquietações face ao futuro e à capacidade para conciliar o sentimento de igualdade e simultaneamente de diferença, confirmados pelos estudos de Sjö Dahl e tal (2004), e Chini & Boemer (2007), e assim, mais uma vez colocam a descoberto as descontinuidades próprias de qualquer relação interpessoal: embora, aqui, enfatizadas para além da consciência habitual do fenómeno, uma consciência mais aguçada que magoa mais porque está nua das distrações habituais do “mundo da vida quotidiano” (Husserl, 2001, 2007; Yallom; 1980).

De facto, tal como refere Boss (2001; cit.: Heidegger, 2001), perante estas circunstâncias dolorosas, ocorre tanto uma abertura de consciência que permite a

significação destas experiências e a sua contextualização, como também pode haver, em simultâneo, um maior fechamento às relações com mundo e com os outros, onde não se vêem possibilidades de acção diferentes das familiares. Por isso, por vezes fecham-se espaços de criatividade, espontaneidade, e de coragem para uma superação maior (Tilich, 2000), precisamente devido ao carácter imprevisível, indesejado, e doloroso imposto pelo facto de se ter sido amputado.

Muitas vezes, as alterações que surgem nas relações, inescapáveis, no mundo e com outros (Heidegger, 2006), podem desencadear percepções do corpo próprio como objecto dissociado da consciência ou como matéria manejável, à ordem alheia, e sem mobilidade própria, associado a sentimentos de dependência ou de incapacidade. Estes resultados corroboram a tese de Heidegger (2006) quanto à manipulação e às formas de cuidado que podem decorrer de formas de convivência difícil consigo e com os outros e por isso marcadas por actos de inautenticidade. Estes são resultados também confirmados por vários autores como: French (2005), Letunovsky (2004), Cerborne (2000), Laing (1995; cit.: Letunovsky, 2004), Mattar (2005), Bracco (2004), e Pfiffer (2004, cit.: Castro, Garcia, & Rodriguez, 2006).

De facto, a relação com os outros é tomada como preponderante e determinante na forma como os participantes de compreendem, desde os períodos iniciais da consciência de que se vai ser amputado ou de já se é amputado. Vemos a **relevância do suporte recebido em contexto hospitalar** no encadeamento com diferentes tipos de vivências que podem assumir formas de apoio, segurança, esperança, capacidade, e protecção, mas também de **solidão existencial** com investimento pessoal e interpessoal ou luta por melhores posições existenciais, e, no *fechamento* existencial, sensações de isolamento com sentimentos de que os outros são ineficazes e abandonicos e o próprio é igualmente incapaz. São dados que evidenciam as perspectivas existenciais de Yalom (1980), Boss (1997), entre outros. Vemos que qualidade das relações percebidas vai contribuir para a visão do próprio e da forma como ele se pode constituir face às novas circunstâncias. Na relação com outros, a pessoa ganha espaço para as suas transformações e reformulações, porque lhe é permitido ocupar um determinado espaço, cujo desafio é feito através de um novo olhar e um novo movimento, em todas as direcções.

A vivência do espaço e do corpo: A espacialidade e a corporalidade

Vimos, ao longo dos textos precedentes como se correlacionam os diferentes constituintes à luz das perspectivas fenomenológicas e existenciais, e como estes são indissociáveis dos existenciais temporalidade, com evidencia do tempo como constituinte da experiência vivida, e o *Ser-no-mundo-com-outros*, com evidencia do “eu” em relação, com os limites e as possibilidades da sua circunstância, tal como referem Husserl (1994, 2001, 2006), Merleau-Ponty (2006b), Heidegger (2006), Sartre (2005), entre outros, e da relação com os outros, anteriormente corroboradas as ligações com as teses de autores existencialistas e fenomenólogos. Implicitamente já falámos de como a circunstância, é essencial na forma como a experiência de amputação é situada numa dimensão corporal própria que torna a vivência da experiência frente a limitações de movimento, de acção, de deslocação, e com isto de sensações de restrições na ocupação do espaço próprio que é, necessariamente partilhado com outros das formas já anteriormente referidas.

Percebemos, pelos resultados que surgem experiências de ambiguidade relacionadas com a necessidade de uma visão actualizada de quem sofreu uma amputação. São dados que vão inteiramente ao encontro das perspectivas de Merleau-Ponty (2006a; 2006b), acerca da urgência que surge em resolver a imposição de uma condição-limite, já extensamente apresentada nas linhas anteriores. Estes dados tem apoio compreensivo na teoria genética de Husserl, pois remetem-nos para a evidência de que estamos perante vivências de descontinuidade na história pessoal (ou tempo vivido/ temporalidade) e na percepção do sentimento de si mesmo (enquanto *self*).

A ruptura pela amputação do corpo pode então levar a uma perda não só dos membros que pertenciam àquele corpo como também pode levar à ruptura com aquele *self* conhecido e já antes tematizado e alvo de narrativas em circunstâncias anteriores, podendo assim levar à confusão, e à perda do próprio *self*, a identidade própria. Esta dinâmica relacional entre o corpo e o *self* (ou continuidade pessoal), é compreensível à luz da teoria genética de Husserl quando refere que “o corpo vivido” (*Leib*), o corpo físico e concreto (*Körper*), e o “mundo da vida” (*Lebenswelt*), co-constituem-se na intersubjectividade (“no-mundo-com-outros”), e através de sínteses associativas “p.e. entre o que se me dá como “familiar” (*Heimwelt*) e o “estranho” (*Fremdwelt*), assim como as relações de empatia e de normalidade” (Husserl, 1970, cit.: de Oliveira, 2008).

Vemos assim como o conflito interpessoal, a tensão e a angústia, nas relações de ajuda, controlo, poder, dependência e movimentos de independência já descritos nas investigações de French (2007) e Chini & Boemer (2007), reforçam antagonismos psicológicos, e por vezes questionamentos de identidade, levando-nos a correlações como as teorias de Sartre (2005) sobre a natureza dos relacionamentos humanos sempre condenada ao conflito e facilmente em queda nas relações de poder, controlo e dominação de vontades e desejos, bem como à necessidade ontológica descrita por Heidegger (2006) de que exista sempre uma oscilação entre estados de autenticidade e estados de inautenticidade.

Aqui podemos acrescentar que os resultados neurológicos surgiram como bons suportes factuais para as ilações fenomenológico-existenciais que se sustentam nas relações do corpo com a corporalidade (Husserl, 2007; Merleau-Ponty, 2006b; Zahavi, 1994, 2002, 2007). Estes assinalam a existência de uma co-constituição dos actos da experiência de amputação com os seus objectos ou correlactos da consciência e necessariamente com o seu contexto que inclui as suas qualidades de imanência, quando compreendidos de forma fenomenológica dinâmica. Isto revela-nos mais uma vez a já referida interligação entre a extensão concreta do “físico-corpóreo” (*Körper*), o “corpo vivido” (*Leib*), e o “mundo da vida” (*Lebenswelt*), que se foi revelando ao longo deste trabalho perfeitamente sustentada pelas perspectivas fenomenológicas husserianas e pelos diálogos com as correspondentes visões existencialistas aplicadas à psicoterapia e à investigação em psicologia, ao longo das análises das dinâmicas entre os constituintes das vivências e dos seus fundamentos ontológicos-existenciais.

CONCLUSÃO

Nesta última secção iremos discorrer acerca de algumas considerações gerais acerca da aplicabilidade do método escolhido, e de algumas ilações que o interligam com a revisão de literatura fenomenológica e existencial e os resultados encontrados. Para terminar, deixaremos ainda algumas reflexões gerais acerca da aplicabilidade do paradigma fenomenológico à investigação científica psicológica e à clínica psicoterapêutica que consideramos terem utilidade no trabalho e na relação com pessoas que sofreram amputação de membros.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O MÉTODO, TEORIA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL, E A SUA RELAÇÃO COM OS RESULTADOS

Ao longo da investigação fomos fortalecendo de forma cada vez mais evidente laços de consistência interna com as abordagens fenomenológicas e existenciais da experiência humana, mais concretamente da experiência de amputação, e por isso concluímos com a dupla sensação de satisfação, de podermos vê-las corroboradas pela investigação empírica e contribuindo um pouco para a imensa lacuna nesta área, e, por outro lado, com a sensação de terminarmos uma tarefa gigantesca que é cruel porque estará sempre incompleta e inacabada – já o havíamos referido a propósito da “experiência intencional ou «relativa a algo»” no Capítulo IV. Terminado o estudo, reiteramos essas palavras com reforçada convicção após a Discussão dos resultados, e acrescentamos ainda mais voz a Virgílio Ferreira (2004, p.31) quando este diz que “*a forma mais eficaz de abordar o mistério do Ser é a obra de arte, ou mais genericamente, a Poesia, que é uma qualidade de toda a vida*”. Por isso, podíamos começar por dizer, em tom de provocação, que qualquer investigação, inclusive esta, foi vã na medida em que não conseguiu captar toda a riqueza da experiência de amputação.

Mas isto não é, nem somente verdade nem somente mentira. Consideramos que, através destas abordagens descemos um degrau até à origem da experiência de amputação, deixámos de nos fixar apenas nos fenómenos aparentes, para lhes retirarmos esse véu de características imediatas e directamente apreensíveis pelos nossos órgãos sensoriais e julgamentos pré-concebidos nas periferias das vivências concretas e

variáveis. Entrámos na descoberta dos seus processos ontológicos ou fundadores. Ficam expostas algumas origens das ligações entre as experiências e as vivências “eu-outro”, em relação com algumas das características mais evidentes e corroboradas pela observação empírica de outras correntes metodológicas e até teóricas inseridas num outro paradigma e numa outra sistematização epistemológica (mencionados no Enquadramento deste nosso trabalho).

Por tudo isto, dizemos que, realizar uma investigação fenomenológica, neste momento parece-nos como escavar até ao centro da terra: para lá chegarmos precisamos de árduo trabalho de análise detalhada exaustivamente, capaz de penetrar as “aparências” das experiências, para chegar às vivências que os discursos verbais do “*lebenswelt*” podem não explicitar de imediato, para chegarmos aos discursos implícitos e mediatos. Duras escavações que podem ter como consequência chegar a um outro tipo de conhecimento acerca da “terra” de alguém. Porém, depois de lá chegarmos, inevitavelmente vemo-nos rodeados de fogo, que nunca se transformará em cinzas. De inquietações primeiras nascem novas inquietações. Resta-nos aprender a repensar e a reviver o inevitável, e isso é algo bastante evidente na experiência de amputação.

Tal como as inquietações básicas da existência humana, por muito que as tentemos contornar, uma vez olhadas cautelosamente, tornando-as tematizadas e objecto de consciência reflectida, tornamo-nos eternos prisioneiros delas. Sartre disse-o. Estamos condenados a ser livres. E é isso que tanto nos faz consumir nas nossas próprias chamas, como nos pode fazer transcendermo-nos (Walsh, 2001). Os estudos, inclusive este, confirmam-no.

É a coragem de inovar, de recriar, mesmo perante os factos tenebrosos e aprisionantes, a ousadia de ser espontâneo porque há a ousadia de ser diferente e de ir além das “aparências” que aprisionam, sem se deixar consumir pela indiferença ou pela norma, que nos devolve o prazer pela descoberta de nós mesmos e do outro, devolvendo a cada um de nós a dignidade e o respeito próprio, que pode semear outras formas relacionais e até re-inventar a democracia e as relações políticas e sociais (Gendlin, 1961). Paradoxais, estas são formas democráticas porque nos aprisionam à facticidade, à corporalidade, à relação com o mundo e com os outros, e à temporalidade, e por isso re-inventam formas de consciência situada e simultaneamente em potência de novas

transcendências e inovações a explorar. São formas auto-sustentadas que podem elevar o homem, além das suas dores, perdas, e mutilações do corpo que é alma.

Devemos, porém, assinalar que também vemos algumas desvantagens nesta perspectiva enquanto método. Por um lado, esta não é uma via facilitadora, quer na investigação científica ou nos caminhos pelo conhecimento pessoal. Para além de ser uma via trabalhosa e demorada, a nível de investigação, até certo ponto os seus resultados assemelham-se, na forma, a resultados de outras correntes psicológicas aparentemente mais “leves”, como aqueles que utilizam análises quantitativas e estatísticas, e isso pode ser um factor desmotivador para quem faz investigação nesta área. Por outro lado, esta validade interna, para além da dificuldade inerente ao método e à complexidade intrincada, porque intencional, das teorias que a suportam, pode conter uma outra desvantagem se não for considerada com cautela: pode correr o risco de ficar fechada sobre si mesma em determinados momentos, tornando-se circular e revelando assim mais uma possibilidade de ser ela própria limitadora de si mesma. Mas este é o risco de qualquer acto construído humanamente (i.e., em relação), para qual devemos estar atentos em qualquer abordagem metodológica e seu tratamento analítico.

A vantagem do seu meticuloso método de análise e da sua paradoxal complexidade circular prende-se na contribuição que é capaz de dar para um tipo de investigação que apresenta validade interna desde a sua base até à sua conclusão. Existe um elevado padrão de respeito pelos objectivos da disciplina da psicologia, mas também existe uma imensa valorização do conhecimento que os participantes têm sobre si mesmos (porque investe na tradução do que está implícito, mas que é conhecido/consciente, para chegar ao que pode ser explícito em termos psicológicos), sem turvar ou deturpar as palavras de quem realmente vive a experiência, respeitando os seus contextos, e momentos, de forma muito evidente. Especialmente por estes motivos, consideramos que este método, assim como a sua sustentação teórica, cumpriram os seus objectivos, e pode contribuir para a valorização da investigação psicológica, trazendo mais-valias à credibilidade científica da disciplina, e da aplicabilidade, da psicologia.

Mas podemos acrescentar outras observações ao método utilizado por nós. O facto de incluir o investigador de forma muito intensa em cada análise, desde a

entrevista, faz com que tenhamos notado que apenas o investigador directamente implicado pode perceber melhor *como* e *em que direcções* se podem desenhar a(s) estrutura(s) e os respectivos constituintes, assim como só ele/ela poderá fazer com a maior precisão os passos do método de análise, especialmente até à estrutura. Pois, para prosseguir, a investigação deve ser contextualizada e só o participante e o investigador em causa podem esclarecê-la e voltar a ela se assim for necessário. Parte-se de um princípio relacional que nunca deve ser perdido de vista. Este, por sua vez implica pelo menos duas dimensões positivas e outra negativa que passamos a explicar.

Por um lado, é necessário que possamos confiar nos conhecimentos metodológicos e éticos do investigador (como de resto em qualquer investigação), mas também devemos confiar na sua capacidade de diálogo psicológico com os dados recolhidos e com os participantes no momento das entrevistas, e isto pode suscitar dúvidas. Por outro lado, isto devolve maior realismo e verdade à investigação em ciências humanas, por contemplar e considerar como possíveis todas as variáveis relacionais e contextuais de forma “viva”, em cada passo tomado. É interessante verificarmos como através da linguagem quotidiana, muitas vezes com a aparência de uma simplicidade que podíamos considerar quase vazia de significados psicológicos significativos pudemos surpreender-nos, e encontrar, sem recurso a nenhum tipo de interpretação por teorias pré-concebidas, significados psicológicos implícitos, que nos foram dados através do todo do discurso dos participantes isoladamente e em relação uns com os outros, através do todo da intuição e das vivências relacionais ao longo da entrevista. Foram apreensões “des-pressureadas” de um objectivo pré-definido, mas ainda assim regido por uma direcção perceptível, i.e. uma intenção específica relacionada com a procura do *eidos* da experiência de amputação.

Ainda um outro aspecto, diz-nos que podemos ver que uma vez chegado à estrutura, qualquer outro investigador, ao replicar o estudo, deverá chegar aos mesmos significados essenciais (constituintes), ainda que a forma de o verbalizar seja ligeiramente diferente, e isto repõe novamente validade ao método. A propósito, aproveitamos para referir que, para que este nosso estudo possa ser validado com maior confiança, seria interessante que fosse replicado por outros investigadores e outros participantes com amputação, e por isso deixamos a sugestão.

CONSIDERAÇÕES GERAIS AO PARADIGMA FENOMENOLÓGICO E A SUA APLICAÇÃO
PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PSICOTERAPIA

Enquadrado numa época de revoluções culturais e sociais, onde se tornava urgente a invenção de novas formas de diálogo e interacção, onde as evidências da física quântica não mais conseguiam aceitar a dominância da mecânica de Newton..., quiçá influenciado pelo relativismo de Einstein, ou pelo ambiente científico que facilitou estas descobertas, Husserl colocou em relação os “antónimos” da ciência, e elaborou meticulosamente uma nova linguagem psicológica, através da reavaliação da sua forma gramatical: uma nova forma de pensar e agir, através da pesquisa das experiências, da subjectividade, e das correlações que estabelecemos no e com o mundo e os outros – mote para o posterior desenvolvimento de uma psicologia da existência/existencialismo. O estudo do inconsciente deu lugar ao estudo da consciência antepredicativa, e o predomínio da valorização do pensamento deu lugar à reflexão intencional. A interdependência dos sistemas dinâmicos entre o caos e a ordem, a não linearidade dos acontecimentos e dos actos, e a auto-regulação dos sistemas vivos no ajustamento a na mudança eterna do processo da existência humana puderam, com Husserl, co-habitar com a dependência dos diferentes constituintes dos fenómenos psíquicos, com a causalidade e a previsibilidade do que é essencial e tende para a universalização, numa ligação fluida entre o *chrónos* e o *cairós*, entre o real e o que Husserl denomina de “*reell*”.

Mas restam-nos as dúvidas: Se foi tão reconciliador o contributo das teorias de Husserl à psicologia, então porque é que esta tem avançado no tempo sem que os currículos das suas instituições de ensino não aludam ao seu método, ou então fazendo-o de forma insuficiente? E porque é que as instituições promotoras de emprego em Portugal e no resto do mundo continuam a preferir os profissionais formados no modelo das ciências empíricas e (na nossa óptica, ilusoriamente) “objectivas”, sem que o modelo de actuação fenomenológico do Tempo e da (inter)Subjectividade tenham vindo a ser considerados como mais-valia para o contexto das intervenções e das investigações psicológicas? Serão apenas os erros de interpretação, de que falávamos ao iniciar este trabalho, que têm “bloqueado” o avanço deste método na prática psicológica? Colocamos agora outras hipóteses, que lançamos como desafio a mais e novas investigações nesta área tão pouco explorada pela empiria.

Se a incompreensão das intenções e das possibilidades de aplicabilidade da fenomenologia husserliana não for a única pedra no caminho, imaginamos, entre outras questões: (1) ou a fenomenologia nunca foi colocada em acção suficiente para mostrar a sua aplicabilidade, (2) ou o esforço de a efectivar no ensino universitário, nas formações profissionais, na prática clínica, e na investigação científica, nunca foi considerado no seu rigor epistemológico e metodológico, (3) ou os esforços metodológicos e paradigmáticos da fenomenologia não interessam ao momento temporal em que tem sido vivida a história da psicologia: onde as suas vantagens não são consideradas indispensáveis à análise e à observação do comportamento e dos estados mentais, (4) ou os profissionais que a utilizam podem também não ser suficientes para mostrar a sua eficácia, uma vez que se trata de um método bastante exigente do ponto de vista do investimento pessoal.

Na continuidade destas ideias e do caminho percorrido até aqui, resta-nos deixar algumas advertências aos interessados na fenomenologia aplicada à psicologia, em especial na aplicação clínica da sua teoria à experiência quotidiana de auto-conhecimento, mas também no momento de abraçar um projecto de investigação:

- a) Se a conciliação e compreensão entre “antónimos” é possível, é graças à existência de uma tensão constante entre os diferentes constituintes das experiências. Portanto, o clínico, o investigador, ou o estudante interessado no desenvolvimento e aplicabilidade deste método não deve contar com muitos momentos de tranquilidade nem de estabilidade no sentido mais estrito dos termos. Toda a tranquilidade é ganha através do gozo que se pode retirar do desafio da mudança perene, sendo que uma vez alcançada, novos percursos sinuosos nos lançam em mais angústias e desafios.
- b) A vivência da angústia constante deve-se ao facto do tempo de estudo, e da duração dos fenómenos, conter características de incerteza, indeterminação, fluidez, e imprecisão; cada experiência conduz sempre a novos lugares, muitas vezes improváveis. O contrapeso para esta angústia vivida é o facto deste método também contemplar a estruturação das experiências, centrado nos fundamentos, e num tempo presente específico e consciente-concreto: A “substância” (Giorgi) encontra-se sempre com a “identidade” (Mohanty): mutável e sempre inalcançável na sua totalidade.

- c) Este é um método que reclama uma revisão constante e sempre consistente com os pressupostos epistemológicos da psicologia, no qual a mudança deve ser a característica mais elementar de qualquer processo de tomada de conhecimento. Como sabemos pelas nossas próprias vivências, nenhum processo de mudança é aceite sem resistências, e nós sabemos ser criativos o suficiente para os tentarmos evitar. O problema é que mesmo evitando, a mudança persiste. Por isso, não será fácil romper em nós e nos outros hábitos de fazer ciência ou clínica, e muitas vezes o trabalho é arduamente solitário.

Aceitar estas condições nunca é uma tarefa fácil, especialmente porque implica um nível de envolvimento afectivo em todas as áreas de actuação do nosso quotidiano. As motivações que nos levam ao encontro e ao conhecimento dos nossos pacientes ou participantes de investigação, estão sempre sujeitas a uma determinada “disposição” ou “tonalidade afectiva” (ou *Stimmung*), e estas estão tanto mais presentes quanto maior for a “abertura” ao desconhecido e à “atitude ingénua” para nos podermos surpreender com a “transcendentalidade” das relações e dos nossos participantes e pacientes.

Na psicoterapia, a aplicação deste método devem ser contemplados objectivos e metas a atingir com as pessoas com quem trabalhamos, porém, estas não devem ser estáticas (como facilmente se compreende na aplicação à investigação), nem tão pouco plagiadas de outros terapeutas ou investigadores através de fórmulas “instrumentalizadas” e essencialmente “técnicas” de “repor” ligações na história e no sentido para a vida das pessoas. A criatividade enquanto criação “re-criativa” (com prazer e com o mínimo de obstáculos ou obscuridades relacionais) deve ser o motor do movimento de mudança, que deve ser sempre revista na sua aceitação através do escrutínio do processo de desenvolvimento do próprio psicoterapeuta. Neste sentido, a utilização deste método traz sempre um incremento de dificuldade à vida quotidiana, onde deixa de ser tão verdadeiro dizer que “*L’enfer c’est les autres*” (Sartre), e passa a ser mais honesto dizermos que “*L’enfer c’est moi*” (Alves, 1994). Porém, é também no exercício do hábito da transformação que pode residir um modo de tornar a vida mais simplificada e menos equívoca, pelo facto evidente deste método ir ao encontro das necessidades de diálogo e de compreensão profunda da natureza humana: situada nos espaços do tempo e da história pessoal e contextual, no corpo, e na relação com o

mundo e com os outros, em qualquer situação vivencial, inclusive na amputação. Afinal, como disse Vergílio Ferreira (2004):

“A fenomenologia, pois, restitui o homem a todas as construções “objectivas e, fazendo-o, restitui-lhes o sangue, o calor das mãos, a capacidade de nos admirarmos – o que é para Platão e Aristóteles, a raiz da filosofia, e para Heidegger, razão da sua vitalidade constante. Eis porque, imprevisivelmente, nós descobrimos que ela aproxima o pensar do sentir que ela trouxe a arte para o domínio do conhecer [da ciência]... [...]. Por tê-la animado de sangue quente. Porque o próprio descritivismo, supostamente “a frio”, do que o «olhar» fixa, a «atitude natural», sugestionando o «novo realismo francês» [...] pôde ainda recuperar um calor humano, inexoravelmente presente em qualquer obra de arte – como, em rigor, em qualquer «compreensão» do mundo, como o frisa Heidegger com a *Stimmung*, ainda que aí haja apenas «disposição» ou «indiferença».

Na amputação, com muita evidência, percebemos a necessidade de recorrermos a uma investigação e intervenção clínica reconciliadora. Ora, na nossa opinião, isto começa desde logo na coerência epistemológica entre o método utilizado, o objectivo da psicologia (o conhecimento do fundamento das experiências e vivências psicológicas – simultaneamente subjectivas e situadas/ objectivas), e o principal motivo de ajuda ao paciente (o *pedido* identificado e a *essência* do mesmo). Consideramos que este último, no caso de amputação, incide muito na necessidade de um re-encontro com uma nova forma de estar presente por inteiro e em relação com-o-mundo e com-os-outros, de volta a um contacto com-sentido (e consentido) com o fluxo das suas vivências: um contacto que vá além da instrumentalidade, do manuseamento, e dos conteúdos verbalizados (apesar de não se excluir estas dimensões), um contacto quente que se encontre através da intuição, da intenção relacional, e da consciência de qual a natureza daquilo que constitui e dá forma a cada experiência identificada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.S.D.U.K. (2005/06). *Upper limb amputations: Amputee statistical database for the United Kingdom*. United Kingdom: UK Prosthetics Services.
- Aftabuddin, M., Islam, N., Jafar, M., & Haque, I. (1997). The status of lower-limb amputation in Bangladesh: a 6 year review. *Surgery Today* , 27 (2).
- Alves, P. (09/ 06 de Fevereiro/ Março de 2008). Aula de filosofias da existencia II sobre Husserl. *não publicado (Curso de especialização em psicoterapia existencial)* . Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Psicoterapia existencial.
- Alves, P. (1994). Subjectividade e intersubjectividade, Sartre perante Hegel e Husserl. In J.-P. Sartre, *A transcendência do ego*. Lisboa: Colibri.
- Amputação.com. (s.d.). Obtido em 05 de Março de 2008, de Amputação.com: <http://amputação.com/incidencia-da-amputacao.html>
- Aragno, A. (2003). Transforming mourning: a new psychoanalytic perspective on bereavement process. *Psychoanalysis & Contemporary thought* , 26.
- Atherton, R., & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prothesis users. *Disability and rehabilitation* , 28 (19), 1201-1209.
- Babo, M. A. (Março de 2001). *Para uma semiologia do corpo*. Obtido em 17 de Março de 2007, de Revista interact N°2: <http://interact.com.pt/interact2/ensaio31.html>
- Balint, M. (1968). *Basic Fault*. London: Tavistock Publications.
- Bastos, R. R. (3-4 de Setembro de 2004). *O luto e a luta*. Obtido em 9 de Maio de 2008, de www.interseccaopsicanalitica.com.br/art120.htm
- Baudet, S., Péan, M., & Gauquelin, F. (1976). *Le corps*. Paris: Circulo de Leitores.
- Bazhuni, N., & Sant'Anna, P. (2006). O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado. *Psicologia: teoria e prática* , 8 (2), 86-101.

Bear, M., Connors, B., & Paradiso, M. (1998). *Neurociencia - Explorando el cerebro*. Barcelona: Masson - Williams & Wilkins.

Binswanger, L. (2004). The existential analysis school of thought. In A. E. May, *Existence*. Maryland: Roeman & Littlefield publishers, inc.

Bizarro, S. (s.d.). *Revista intelecto*, n°.5. Obtido em 2008, de Revista Intelecto: www.geocities.com/revistaintelecto/navalha.html

Johnston, G. (Produtor), Bodanis, D. (Escritor), & Johnston, G. (Realizador). (2005). *E=MC2 The biography of the world's most famous equation* [Filme]. Boston & Paris/Channel4.

Borba, M. A. (2005). *O pós-estruturalismo em duas vertentes de interpretação*. Obtido em 23 de Maio de 2008, de Círculo Fluminense de Estudos Filológicos e Lingüísticos: <http://www.filologia.org.br/ixcnlf/3/08.htm>

Boss, M. (1997). Introdução à *daseinsanalyse*. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, 8, 6-16.

Boss, M. (1997). Medicina psicossomática: ciência ou magia? Bases filosóficas para uma medicina psicossomática. *Revista Daseinsanalyse*, 8.

Bowlby, J. (1982). *Attachment*. New York: Basic Books.

Bracco, M. (2004). Los horizontes del cuerpo en la psicopatología. *Philosophema*, 3-5.

Bracco, M. (2004). Los horizontes del cuerpo en la psicopatología o in. *Philosophema* (3-5).

Bruce, L., Seeman, T., Merrill, S., & Blazer, D. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of successful aging. *American Journal of Public Health*, 89, 1796-1799.

Buber, M. (2003). *Eu e tu*. São Paulo: Centauro.

Bugental, J. (1992). *The art of the psychotherapist*. London: W.W. Norton & Company.

Burger, H., & Marincek. (1997). The life style of young persons after lower limb amputation caused by injury. *Prosthetics and orthotics international*, 21, 35-39.

- Buttenshaw, P. (1993). Rehabilitation of the elderly lower limb amputee. *Reviews in clinical gerontology* (3), 69-84.
- Bychowski, G. (1949). The ego of the brain wounded. *Psychoanalytic review* , 36 (4), 333-344.
- Caldas, A. (1999). *A herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Cambier, J. (1982). Pain and corporal habitation. *L'Évolution psychiatrique* , 47 (4), 1033-1044.
- Capra, F. (2009). *O tao da física*. Lisboa: Presença.
- Carvalho, F., Kunz, V., Depieri, T., & Cerveli, R. (2005). A prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. *Arquivo ciências da saúde Unipar* , 9 (1).
- Carvalho, F., Kunz, V., Depieri, T., & Cervelini, R. (2005). Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. *Arquivo de ciências da saúde Unipar* , 9 (1), 23-30.
- Carvalho, M. A. (2004). Percepção somática. *Cgnitio/Estudos: revista eletrônica de filosofia* , 1.
- Castañon, G. (2006). *O cognitivismo e o desafio da psicologia científica*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de filosofia e ciências humanas, Instituto de psicologia. Rio de Janeiro: http://teses.ufrj.br/ip_d/gustavoarjcastanon.pdf.
- Castro, A., García, G., & Rodríguez, I. (2006). La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial. *Psicologia desde el Caribe* (17).
- Cerbone, D. (2000). Heidegger and Dasein's 'Bodily nature': What is the hidden problematic? *International journal of philosophical studies* , 8 (2), 209-230.
- Cervantes, M. (1999). *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Chatelet, F. (1995). *História da filosofia*. Lisboa: Publicações Don Quixote.

Chaturvedi, K., & Desai, G. (2006). What's 'in the body' is actually 'in the mind!' *International review of psychiatry* , 18 (1), 1-3.

Chaturvedi, N., Stevens, L., Fuller, J., Lee, E., Lu, M., & Group, t. W. (2000). Risk factors, ethnic differences and mortality associated with lower-extremity gangrene and amputation in diabetes. The WHO multinational study of vascular disease in diabetes. *Diabetologia* , 44 [suppl2], S65-S71.

Chini, G., & Boemer, M. (2007). Amputation in the perception of those who experience it: a study under the phenomenological view. *Revista latino-americana de enfermagem* , 15 (2).

Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. London: Sage.

Corbin, J., & Strauss, A. (1987). Accompaniments of chronic illness: changes in body, self, biography, and biographical time. *Research in sociology and health care* (6), 249-281.

Cresson, A. (1943). *Aristóteles*. Lisboa: Edições 70.

Csordas, T. (2005). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. *Cambridge studies in medical anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.

da Fonseca, J. (2008). *A experiência da finitude no envelhecimento bem-sucedido: uma investigação fenomenológica*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa: Tese não publicada.

Damásio, A. (1999). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, C. R. (s.d.). *O olhar segundo Jean-Paul Sartre*. Obtido em 17 de Julho de 2009, de Revista espaço acadêmico: <http://www.espacoacademico.com.br>

de Oliveira, N. (2008). Edmund Husserl. In R. Pecoraro, *Clássicos da filosofia* (pp. 231-253). Rio de Janeiro: PUC-Rio.

Decartes, R. (2008). *Discurso do método*. (J. Gama, Trad.) Lisboa: Edições 70.

Decartes, R. (1978). *Princípios da filosofia* (3 ed.). Lisboa: Guimarães Editores.

Derridas, J. (1967). A estrutura, o signo e o jogo no discurso das ciências humanas. In E. P. Coelho, *Estruturalismo - antologia de textos teóricos* (A. R. Rosa, Trad., pp. 101 - 123). Lisboa: Portugalia-Editora.

Dhillion, G., Krüger, T., Sandhu, J., & Horch, K. (2005). Effects of short-term training on sensory and motor function in severed nerves of long-term human amputees. *Journal of neurophysiology* , 93 (5), 2625-33.

Diamond, N. (2000). Embodiment. *Journal of Society for Existential Analysis* , 11 (1), 129-133.

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climipsi.

du Plock, S. (2002). *Further existential challenges to psychotherapeutic theory and practice*. London: The society for existential analysis.

Dunn, D. (2000). Social psychological issues in disability. In R. Frank, & T. Elliott (Edits.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 565-584). Washington DC: American Psychological Association.

Dunn, D. (1996). Well-being following amputation: Salutory effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation psychology* , 41, 285-302.

Eleftheriadou, Z. (1997). The cross-cultural experience - integration or isolation? In S. Du Plock (Ed.), *The case studies in existential psychotherapy and counselling*. England: John Wiley & Sons Ltd.

EMRA. (2005). *Equipe Multiprofissional de Reabilitação do SUS/NGA-59*. Obtido em 08 de Janeiro de 2008, de Ribeirão Preto.GOV: <http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/pasdef/i16acoes5.htm>

Ertem, K., Kekilli, K., Yagmur, C., & al, e. (2006). Somatotrophic reorganization in the brain after extremity replantation, revascularization and amputations: investigated by SPECT analysis. *Ulus trauma acil cerrahi derg.* , 12 (2), 121-8.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton.

Ferreira, V. (2004). *Fenomenologia. Da fenomenologia de Sartre. In O existencialismo é um humanismo*. Lisboa: Bertrand editora.

Fisher, K., & Hanspal, R. (1998). Body image and patients with amputations: does the prosthesis maintain the balance? *International journal of rehabilitation research* , 21, 355-563.

Flor, H., Nikolajsen, L., & Jensen, T. (2006). Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? *Nature reviews: Neuroscience* , 7, 873-881.

Foucault, M. (1980). *Power\ Knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. New York: Pantheon.

French, L. (2005). The political economy of injury and compassion: amputees on the Thai-Cambodia border. In T. Csordas, *Embodiment and experience - the existential ground of culture and self* (pp. 69-99). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Freud, S. (1967). *Luto e melancolia* (Obras completas ed., Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago editora.

Freud, S. (1995). *Textos essenciais da psicanálise: O inconsciente, os sonhos e a vida pulsional* (Vol. 1). Mem Martins: Publicações Europa-América.

Frierson, R., & Lippman, S. (1987). Psychiatric consultation for acute amputees. *Psychosomatics* , 183-189.

Furst, L., & Humphrey, M. (1983). Coping with the loss of a leg. *Prosthetics and orthotics international* , 7, 152-156.

Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Development and psychometric evaluation of the trinity amputation and prosthesis experience scales (TAPES). *Rehabilitation Psychology* , 45, 130-154.

Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). Methodologies. In S. Gallagher, & D. Zahavi, *The phenomenological mind*. N.Y.: Routledge.

Gaussin, J. (1977). *O rosto*. Paris: Circulo de Leitores.

Gendlin, E. (1961). Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. *American journal of psychotherapy* , 15 (2), 233-245.

Gething, L. (1991). Generality versus specificity of attitudes towards people with disabilities. *British journal of medical psychology* , 64, 55-64.

- Gil, J. (s.d.). Corpo. In *Enciclopédia Einaudi* (Vol. 32, pp. 201-266).
- Gil, J. (2001). *Movimento total - O corpo e a dança*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Giorgi, A. (2004). A way to overcome the methodological vicissitudes involved in researching subjectivity. *Journal of phenomenological psychology* , 35 (1).
- Giorgi, A. (2000a). *Phenomenology and psychology research*. USA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In J. Camic, Rhodes, & L. Yardley, *Qualitative research in psychology* (pp. 242-273). Washington, DC: APA.
- Giorgi, A. (2002). The question of validity in qualitative research. *Journal of phenomenological psychology* , 33 (1).
- Giorgi, A. (2000b). The similarities and differences between descriptive and interpretative methods in scientific phenomenological psychology. In B. (. Supta, *The empirical & the transcendental: a fusion of horizons* (pp. 61-75). N.Y.: Rowman & L'ettlefield.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evolution of phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology* , 28, 235-260.
- Giorgi, A. (1988). Validity and reliability from a phenomenological perspective. In W. Baber, L. Mos, H. Rapport, & H. Stam, *Recent trends on therapeutic psychology* (pp. 167-176). N.Y.: Springs-Verley.
- Giorgi, A., & Gallegos. (2005). Living through some positive experiences of psychotherapy. *Journal of phenomenological psychology* , 36 (2).
- Giorgi, A., & Giorgi, B. (2003). Phenomenology. In J. Smith, *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (Vols. 25-50, pp. 25-50). London: Sage.
- Giorgi, B. v. (1998). *Phenomenological analysis of the experience of pivotal moments in therapy as defined by clients*. Universite du Quebec a Montreal. Quebec: Tese de doutoramento não publicada.

- Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Guerra, M. (1998). *SIDA: implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de século.
- Head, H. (1920). *Studies in neurology*. London: Oxford.
- Heidegger, M. (2001). *Seminários de Zollikon*. (M. Boss, Ed.) Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2006). *Ser e tempo*. (M. S. Schuback, Trad.) Petrópolis: Vozes.
- Holstein, P., Ellitsgaard, N., Olsen, B., & Ellitsgaard, V. (2000). Decreasing incidence of major amputations in people with diabetes. *Dietologia* , 43, 844-847.
- Hornby, M., & Peach, J. (2000). *Molecules - foundations of organic chemistry*. Great Britain: Oxford university press.
- Hunter, J., Katz, J., & Davis, K. (2004). The effect of tatile and visual sensory inputs on phantom limbs awareness. *Brain: a journal of neurology* , 126 (3), 579-89.
- Husserl, E. (2007). *A ideia de fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Husserl, E. (2006). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: Introdução geral à fenomenologia pura* . São Paulo: Ideias e letras.
- Husserl, E. (2007). *Investigações Lógicas - Investigações para a fenomenologia e a teoria do conhecimento* (Vols. II, parte I). (P. M. Alves, & C. A. Morujão, Trads.) Lisboa: Centro de filosofia da universidade de Lisboa.
- Husserl, E. (1994). *Lições para uma fenomenologia da consciência interna do tempo*. Lisboa: Imprensa nacional Casa da Moeda.
- Husserl, E. (2001). *Meditações cartesianas*. Porto: Rés.
- Jacobson, J. G. (1983). The structural theory and the representational world: developmental and iologcal considerations. *Psychoanalytic Quartery* , 52.
- Kafka, F. (2006). *O Processo*. Lisboa: Assírio & Alvim.

- Katz, J. (1993). Reality of phantom limbs. *Motivation and emotion* , 17, 147-179.
- Kegel, B., Carpenter, M., & Burgess, E. (1977). A survey of lower-limb amputees: Phtheses, phantom sensations, and psuchosocial aspects. *Bulletin of prosthetics research* , 10, 43-60.
- Kierkegaard, S. (2005). *In vino veritas*. Lisboa: Antígona.
- Kierkegaard, S. (1980). *The concept of anxiety - A simple psychological orienting deliberation on the dogmatic issue of hereditary sin* . New Jersey: Princeton University Press.
- Kleck, R. (1969). Physical stigma and task oriented interactions. *Human relations* , 22, 53-60.
- Kretschmer, E. (1930). *A estrutura do corpo e carácter*. Paris: Payot.
- Kukulijevic, A. (1999). Feeling through the flesh: an analysis of the unconscious in Merleau-Ponty's later thought. *Referência perdida* .
- Lacan, J. (1992). *Seminário VIII. A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Laing, R. (1987). *The divided self*. Harmondsworth: Penguin.
- leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século-Edições.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de século.
- Leal, I. (1990). O corpo como texto e como discurso. *Análise psicológica* , 3 (VIII), 307-310.
- Letunovsky, V. (2004). Existential therapy in working with the Body. *Existential analysis* , 15 (2), 307-332.
- Levinas, E. (1988). *Totalidade e infinito*. Lisboa: Edições 70.
- Lévi-Strauss, C. (1967). A serpente de corpo repleto de peixes. *Antropologia estrutural* , 305-309.

- Livneh, H., Antonak, R., & Gerhardt, J. (1999). Psychosocial adaptation to amputation: the role of sociodemographic variables, disability-related factors and coping strategies. *International journal of rehabilitation research* , 22, 21-31.
- Lopes, G. R. (2005). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto\Maia: Higiomed Edições.
- Machado, A. (1993). *Neuroanatomia funcional* (2 ed.). São Paulo: Athneu.
- Mackert, B.-M., Sappok, T., Grüsser, S., Flor, H., & Curio, G. (2003). The eloquence of silent cortex: analysis of afferent input to deafferented cortex in arm amputees. *Neuroreport: For rapid communication of neuroscience research* , 14 (3), 409-412.
- MacLachlan, M., & Horgan, O. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and rehabilitation* , 26 (14/15), 837-850.
- Maitre, M., Rouyer, A., Enjalbert, M., & Pélissier, P. (1996). *Approche épidémiologique des amputés du membre inférieur appareillage et rééducation*. Paris: Masson.
- Marques, E. (1999). *A psicologia clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi.
- Mattar, C. M. (2005). *A noção de cuidado em Heidegger e o estágio estético em Kierkegaard: uma reflexão sobre os modos de relacionamento contemporâneo à luz da psicologia fenomenológico-existencial*. Instituto de psicologia fenomenológico-existencial do Rio de Janeiro - especialização em Psicologia Clínica. Rio de Janeiro: tese não publicada.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety*. London: W.W. Norton & Company Inc.
- Meissner, W. W. (1997). The self and the body: I. The body self and the body image. *Psychoanalysis & Contemporary thought* , 20 (4), 419-448.
- Meissner, W. W. (1998a). The self and the body: II. The embodied self - self vs nonself. *Psychoanalysis & Contemporary thought* , 21 (1), 85-112.
- Meissner, W. W. (1998b). The self and the body: III. The body image in clinical perspective. *Psychoanalysis & Contemporary thought* , 21 (1), 113-147.

- Meissner, W. W. (1998c). The self and the body: IV. The body on the couch. *Psychoanalysis & Contemporary thought* , 21 (2), 277-301.
- Melzak, R., & Loeser, J. (1978). Phantom body pain in paraplegics: evidence for a central "pattern generating mechanism" for pain. *Pain* , 4, 195-210.
- Merleau-Ponty, M. (2006a). *A estrutura do comportamento*. (M. Aguiar, Trad.) São Paulo: Martins fontes.
- Merleau-Ponty, M. (1973). *Ciências do homem e fenomenologia*. (S. Muchail, Trad.) São Paulo: Saraiva.
- Merleau-Ponty, M. (2006b). *Fenomenologia da percepção*. (C. de Moura, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Merleau-Ponty, M. (1990). *O primado da percepção e suas consequências filosóficas*. (C. M. Cesar, Trad.) Campinas: Papirus.
- Merleau-Ponty, M. (1991). *Signos*. (M. E. Pereira, Trad.) São Paulo: Martins fontes.
- Monteiro, S. (2005). Obtido em 11 de Junho de 2008, de FEDAP: http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congresso_lisboa/monteiro2/monteiro2.htm
- Morse, J. (1997). Responding to threats to integrity of self. *Advances in nursing science* , 19, 21-36.
- Moss, R., & Schaefer, J. (1986). Life transitions and crisis. In R. Moss, *Coping with life crises. An integrated aproch* (pp. 3-28). N.Y.: Plenum Press.
- Mota, P. (2006). *De Husserl a Merleau-Ponty e Mikel Dufrenne*. Porto: Prometeu/ Ecopy.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. London: Sage.
- Murdoch, G. (1983). Amputation revisited. *The Knud Jansen Lecture* (pp. 1-10). London: Department of orthopedic and traumatic surgery - University of Dundee, Scotland.

Nickes, T. (2003). *Thomas Khun: Contemporary philosophy in focus*. U.K.: Cambridge University press.

Nietzsche, F. (2000). *A Gaia Ciência*. Porto: Guimarães Editores.

Nietzsche, F. (2007). *Assim falava Zaratustra*. Porto: Guimarães Editores.

Nissen, S., & Newman, W. (1992). Factors influencing reintegration to normal living after amputation. *Archives of phsysical medicine and rehabilitatin*, 73, 549-551.

Noris, J., Kunes-Corell, M., Stokard, & Spelic, S. (1998). A grounded theory of reimagining. *Advances in nursing science*, 20, 1-12.

Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física. Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Oliveira, R. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (001), 63-67.

Ortega, F. (Nov./ Dec. de 2005). *Fenomenologia da visceralidade. Notas sobre o impacto das tecnologias de visualização médica na corporeidade*. Obtido em 05 de Março de 2008, de http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-311X2005000600037

Ots, T. (2005). The silenced body - the expressive Leib: on the dialectic of mind and life in Chinese cathartic healing. In T. Csordas, *Embodiment and experience - The existential ground of culture and self* (pp. 116-136). Cambridge University Press.

Parkes, C., & Napier, M. (1975). Psychiatric sequelae of amputation. *British journal of psychiatry*, Suppl.9, S440-S446.

Pell, J., Donnan, P., Fowkes, F., & Ruckley, C. (1993). Quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial disease. *European journal of vascular sursergy*, 7, 448-451.

Penninx, B., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijk, J., & Guralnik, J. (1999). Exploring the effect of depression on pshysical disability: Longitudinal evidence from the established

populations for epidemiologic studies of the elderly. *American journal of public health* , 89, 1346-1352.

Pereira, M., & Valentine, P. (2002). Traumagraf: uma grelha de avaliação de acontecimentos traumáticos. *Psicologia, saúde & doenças* , 191-204.

Peters, E., Childs, M., Wunderlich, R., Harkless, L., Armstrong, D., & Lavery, L. (2001). Functional status of persons with diabetes-related lower-extremity amputations. *Diabetes care* , 24, 1799-1804.

Peters, M. (2000). *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica editora.

Pezzin, L., & Dillingham, T. M. (2000). Rehabilitation and long-term outcome of person with trauma-related amputations. *Archives of physical medicine and rehabilitation* , 81, 292-300.

Pictet, D. (2000). The language of embodiment. *Journal of society existential analysis* , 11 (1), 69-79.

Portugal, M. d. (s.d.). Obtido em 22 de 07 de 2008, de Médicos de Portugal: http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/10/glo_id/6416/menu/2

Raffaelle, R. (2004). Husserl e a psicologia. *Estudos psicológicos* , 9 (2).

McLean, R. (Produtor), Ramachandran, V. (Escritor), & Rawlence, C. (Realizador). (1998). *Phantoms in the brain* [Filme].

Rendon, M. (1986). Philosophical paradigms in psychoanalysis. *PEP Archive. JAA.014.0495A* , 14 (4), 495-506.

Ribeiro, E. (2005). *Existência e corporeidade: a questão da psicossomática na abordagem fenomenológico-existencial*. Instituto de psicologia fenomenológico-existencial do Rio de Janeiro (IFEN). Rio de Janeiro: Tese não publicada.

Ricoeur, P. (1969). *O conflito das interpretações*. Porto: Rés.

Robert, F., & Timothy, E. (2000). *Handboock of rehabilitation psychology*. Washington, DC: American psychology association.

Rogers, J., MacBride, A., Whyllie, B., & Freeman, S. (1978). The use of groups in the rehabilitation of amputees. *International journal of psychiatry in medicine* , 8, 243-255.

Rybarczyk, B., Nicholas, J., & Nyenhuis, D. (1997). Coping with a leg amputation: integrating resaearch and clinical practice. *Rehabilitation psychology* , 241-256.

Rybarczyk, B., Nyenhuis, D., Nicholas, J., Cash, S., & Kaiser, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation psychology* , 40, 95-110.

Rybareczyk, B., Szymansky, L., & Nicholas, J. (2000). Limb amputation. In R. Frink, & T. Elliott (Edits.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 29-47). Washington DC: American Psychological Association.

Sacks, O. (2006). *O homem que confundiu a mulher com um chapéu*. Lisboa: Relógio de Água.

Saint-Exupéry, A. (2007). *O principezinho*. Barcarena: Editorial Presença.

Salomon, D. V. (2000). *A maravilhosa incerteza - Ensaio de metodologia dialética sobre a problematização no processo de pensar, pesquisar e criar*. São Paulo: Martins Fontes.

Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências* (11 ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Sartre, J.-P. (1994). *A transcendência do ego*. (P. Alves, Trad.) Lisboa: Colibri.

Sartre, J.-P. (2005). O corpo - Capítulo 2; As relações concretas com o outro - Capítulo 3. In J.-P. Sartre, *Ser e nada. Ensaio de ontologia fenomenológica* (pp. 385-532). Petrópolis: Vozes.

Saussure, F. (1995). *Curso de Linguística geral*. Lisboa: Editorial D.Quixote.

Schoppen, T., Boonstra, A., Groothoff, J., de Vries, J., Goecken, L., & Eisma, W. (2001). Employment status, job characteristics, and work-related health experience of people with a lower limb amputation. *Archives of physical medicine and rehabilitation* , 82, 239-245.

Segel, N. (1961). The psychoanalytic theory of symbolic process. *Journal of american psychoanalytic association* , 146-158.

Seligsson, B. (1990). Crisis intervention in existential terms. *Journal of society for existential analysis* (1).

Shoppen, T., Boonstra, A., Groothoff, J., van Sonderen, E., Goecken, L., & Eisma, W. (2001). Factors related to successful job reintegration of people with a lower-limb amputation. *Archives of physical medicine and rehabilitation* , 82, 1425-1431.

Shukla, G., Tripathi, S., & Gupta, D. (1982). A psychiatric study of amputees. *British journal of psychiatry* , 141, 50-53.

Sjödahl, C., Gard, G., & Jarnlo, G. B. (2004). Coping after trans-femoral amputation due to trauma or tumour - phenomenological approach. *Disability and rehabilitation* , 26 (14/15), 851-861.

Smith, D., Horn, P., Malchow, D., & al. (1995). Prosthetic history, prosthetic charges, and functional outcome of the isolated traumatic below-knee amputee. *Journal of trauma: Injury, infection and critical care* , 38, 44-47.

Sousa, D. (2008). Husserl, Self narrativo e Self experiencial. Seminário de Filosofias da Existência II . Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial, Sem publicação.

Spiegelberg, H. (1972). *Phenomenology in psychology and psychiatry: a historical introduction*. Evanston: Northwestern University Press.

Spiegelberg, H. (1972). *Phenomenology in psychotherapy and psychiatry*. USA: Northwestern University Press.

Spinelli, E. (1998). *Demystifying Therapy*. London: Constable.

Spinelli, E. (2005). *The interpreted world: An introduction to phenomenological psychology*. London: SAGE Publications.

Steiner, G. (2003). *A nostalgia do absoluto*. Lisboa: Relógio D'Água.

Stern, D. (2006). *O momento presente na psicoterapia e na vida quotidiana*. Lisboa: Climepsi.

Synnott, A. (1993). Body: Tomb, temple, machine and self. In A. Synnott, *The body social - symbolism, self and society* (pp. 7-37). London: Routledge.

Szasz, T. (1955). The body, and the pain. *Journal of american psychoanalytic association* , 1 (Janeiro).

Szasz, T. (1955). The ego, the body, and the pain. *Journal of american psychoanalysis association* , 3, 177-201.

Taleperos, G., & M, M. (2002). Body image and physical disability - personal perspectives. *Social science and medicine* , 54, 971-980.

Thomas, K., & Siller, J. (Jan. de 1999). Object loss, mourning, and adjustment to disability. *Psychoanalytic psychology* .

Thompson, D., & Haran, D. (1984). Living with an amputation: what it means for patients and their helpers. *International journal of rehabilitation research* , 7, 283-293.

Tillich, P. (1952). *The courage to be*. U.S.: Yale University Press.

Tourkow, L. (1974). Psychic consequences of loss and replacement of body parts. *Journal of american psychoanalytic association* , 22, 170-182.

Van-Deurzen, E. (2002). *Existential counselling and psychotherapy in practice* (2 ed.). London: Sage .

Vega-Bermudez, F., & Johonson, K. (2002). Spatial acuity after digit amputation. *Brain: a journal of neurology* , 125 (6), 1256-1264.

Velzen, v., Bennekom, v., Polomski, W., Woude, v. d., & Houdijk, H. (2006). Physical capacity and walking ability after lower limb amputation: a systematic review. *Clinical rehabilitation* , 20, 999-1016.

Walsh, R. (2001). Authenticity, conventionality, and angst - Existential and interpersonal perspectives. In Schneider, Bugental, & Pierson, *The handbook of humanistic psychology*.

Watanabe, Y., McCluskie, P., Hakim, E., Asami, T., & Watanabe, H. (1999). Lower limb amputee patients' satisfaction with information and rehabilitation. *International journal of rehabilitation research* , 22, 67-69.

- Weinstein, C. (1985). Assertiveness, anxiety, and interpersonal discomfort among amputees: implication for assertiveness training. *Archives of physical medicine and rehabilitation* , 66, 687-689.
- Wertz, F. (2005). Phenomenological research methods for counseling psychology. *Journal of counseling psychology* , 52 (2), 167-177.
- Wheeler, J. (1981). Obtido em 22 de Janeiro de 2008, de American philosophical society: <http://www.jstor.org/pss/986184>
- Wilberg, H. P. (1992). The language of listening: Towards an ontology of communication. *Journal of society for existential analysis* , 3, 54-68.
- Williamson, G., & Walters, A. (1996). Perceived impact of limb amputation on sexual activity: a study of adult amputees . *The Journal of Sex Research* , 3 (33), 221-234.
- Wilson, C. P. (1971). On the limits of the effectiveness of psychoanalysis: early ego and somatic disturbances. *Journal of american psychoanalytic association* , 19, 552-565.
- Winter, A. (2005). *Organic chemistry I for dummies*. Indianapolis: Wiley publishing inc.
- Wolf, F. A. (2005). *Dr. Quantum's little book of big ideas. Where science meets spirit*. Needham, MA, U.S.: Moment Point Press.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. England: Basic Books.
- Yalom, I. (1991). *Love's executioner and another tales of psychotherapy*. England: Pinguin Books.
- Yalom, I. (2002). *The gift of therapy, reflections on being a therapist*. New York: Harper-Collins.
- Zahavi, D. (2002). First-person thoughts and embodied self-awareness: Some reflections on the relation between recent analytical philosophy and phenomenology. *Phenomenology and cognitive sciences* , 1, 7-26.
- Zahavi, D. (1994). Phenomenology of the body. Husserl's phenomenology of the body. *Études phénoménologiques* , 19, 63-84.

Zahavi, D. (2007). Self and other: The limits of narrative understanding. In D. Hutto, *Narrative and understanding persons* (pp. 179-201). Royal institute of philosophy supplement. Cambridge: Cambridge University Press.

ANEXOS

ANEXO A: Fases do pensamento fenomenológico de Husserl
segundo Alves (2008)

Fases do pensamento fenomenológico de Husserl

Fase do pensamento e nome genérico	Descritores	Ano e bibliografia relevante
1ª fase Teoria fenomenológica da consciência ou da correlação/ Teoria da intencionalidade	<i>Início do desenvolvimento de um método de análise estático, i.e., das sínteses passivas da consciência</i> Utiliza o método eidético (redução eidética); As variações eidéticas ou variações livres da imaginação servem para chegar ao <i>eidós</i> (o que é visível numa coisa; a sua essência); Este método é usado com recurso à intuição, à descrição, e à imaginação, e através dele é possível fazer acepções do tipo universal, partindo inicialmente do princípio de que o mundo existe independentemente de existir uma consciência; Pretende estudar os <i>actos</i> da consciência eideticamente constituídos (não os factos); Nesta altura Husserl questiona a aplicabilidade do método das ciências naturais ao estudo da subjectividade do homem, e elabora uma teoria da <i>intencionalidade</i>, elevando o homem à sua dimensão plural, relacional, e auto-referenciada para ser <i>verdadeira e reell</i>, apesar de sempre contextualizada num plano do <i>real</i>/ mundano e natural.	1900 ♠ <i>Investigações lógicas. Primeiro volume: Prolegómenos à lógica pura</i> 1901 ♠ <i>Investigações lógicas. Segundo volume: Investigações para a fenomenologia e a teoria do conhecimento</i> (Re-edição em 1913 com correcções posteriores à elaboração da obra “Ideias”)
2ª fase Teoria da intencionalidade + Teoria da subjectividade transcendental (da consciência pura que temos dos objectos)	Sai da teoria exclusiva dos comportamentos (psicologia) para uma teoria da consciência e do conhecimento (fenomenologia); Sai da técnica da descrição estática e radicaliza a atitude da psicologia descritiva ao introduzir como nova disciplina: a fenomenologia (1909), iniciando uma nova teoria da consciência. Reforça a sua teoria da intencionalidade e todas as ideias contidas nas “investigações lógicas”, integrando-as numa nova visão do mundo: neste momento defende que só há realidade para uma consciência actual (em acto/ acção, e sempre no imediato), o mundo depende da consciência de quem o vive, i.e. depende da existência de uma subjectividade. Olhamos as crenças das pessoas para conhecer a realidade: esta atitude leva a uma radicalização da atitude psicológica, puramente subjectiva, mas continua a colocá-la em relação de co-dependência com o mundo da vida do quotidiano e com os objectos. Assim, estuda a	1907-1913 ♠ <i>Ideias</i> ♠ <i>A ideia da fenomenologia</i> (Para alcançar a essência do conhecimento a priori: antes da percepção e da própria vivência)

(Continuação) 2ª fase Teoria da intencionalidade + Teoria da subjectividade transcendental (da consciência pura que temos dos objectos)	unidade do acto (noese) e do seu correlato (noema), na sua relação com os objectos: noese + noema + objecto; Estuda a consciência noetico-noematica, i.e. o sentido/ significado (sempre subjectivo e em forma de acto) e do seu correlato: o significante/ objecto/ outro, em situação (uma vez que todos os actos e objectos aparecem à consciência por via da intencionalidade e das percepções intuitivas); Introduz o método da redução fenomenológico-transcendental ou epoché (1907). Na psicologia usar-se-á uma epoché adaptada (regional) para tentar reconstruir o “mundo da vida” (Lebenswelt), e não se estudam os actos da consciência, mas sim os seus objectos, e não se estudam as vivências (o a priori dos actos, ou) mas sim as experiências. Será uma adaptação para a psicologia dos pressupostos filosóficos fenomenológicos.	
3ª fase Teoria da génese das percepções e dos significados das relações	<i>Investe no estudo da génese das coisas que percebemos conscientemente, i.e. no desenvolvimento para um método genético ou dinâmico das sínteses activas da consciência</i> Questiona-se acerca de como é que a subjectividade constrói a realidade que vive?; Dá relevo para uma descrição dinâmica da experiência subjectiva do mundo e do sentido (noema?) que ele tem para a pessoa, sendo que todo o sentido é construído na vida da subjectividade transcendental; Introduz a noção de historicidade na experiência consciente, e com isto introduz a sua teoria do fluxo temporal interligada com a teoria da intencionalidade, e com a teoria da percepção interna: O sujeito apreende-se como um todo na medida em que se vê temporalmente nos três horizontes (da retenção – recordação, pró-tensão – expectativa, e proto-impressão – consciência do agora), num permanente tempo presente (A consciência como conjunto de total das vivências). Este sujeito só se apreende na medida da sua relação com o mundo (consciência de um objecto através da vivência), e só tem consciência de si e das suas vivências na medida em que ele mesmo é um objecto temporal que, por isso, não existe num instante, e só existe porque mantém a consciência do passado, porque retém e porque se projecta para a fase seguinte.	1918-1920 1928 ♣ <i>Leituras à fenomenologia da consciência interna do tempo</i> (Teoria da construção do tempo: como é que a consciência tem acesso a si mesma) 1929 ♣ <i>Lógica final e Lógica transcendental. Tentativa de desaprovação da razão lógica</i> 1931 ♣ <i>Meditações cartesianas: Introdução à fenomenologia</i> (Resultante das Conferências de Paris) 1936 ♣ <i>A crise das ciências europeias e da fenomenologia transcendental: Uma introdução à filosofia fenomenológica</i> (volta ao tema de “Ideias”, mas elaborando uma teoria da cultura)

Tabela 6: As três fases do pensamento fenomenológico de Edmund Husserl segundo Alves (2008)

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Data: ____/____/____

Leia atentamente as informações abaixo indicadas e, posteriormente, assinhe caso concorde em participar na investigação acerca das ***experiências mais significativas de pessoas com amputação de membro superior e/o inferior***. Esta investigação realiza-se no âmbito da Dissertação do Mestrado em Relação de Ajuda: Psicoterapias Fenomenológico-Existenciais.

O/a paciente _____, abaixo assinado, ou abaixo representado(a), após ter sido informado(a) e tendo esclarecido as suas dúvidas, concorda em participar na investigação em causa.

Este trabalho de investigação tem como finalidade estudar as percepções e vivências conscientes de pessoas que tenham sofrido algum tipo de alteração somática, nomeadamente a amputação de um membro superior e/ou inferior.

O trabalho será realizado em instalações do Centro Hospitalar de Setúbal.

Para este estudo, utilizaremos entrevistas não-directivas com gravação áudio do relato da experiência.

Depois de gravada, a entrevista será transcrita textualmente, e nessa transcrição todos os nomes próprios serão alterados por nomes fictícios, de modo a proteger a identidade das pessoas entrevistadas e das pessoas que possam estar envolvidas nos relatos.

A transcrição da entrevista será analisada pela psicóloga responsável pelo estudo e, posteriormente, poderá ser utilizada, integral ou parcialmente, em artigos e/ou outros trabalhos científicos.

A entrevista tem a duração máxima de 30 minutos.

É pedido ao/à paciente entrevistado(a) para escolher o(s) momento(s) mais significativos relacionado(s) com a amputação do(s) seu(s) membro(s). Depois, pede-se que descreva como foi/foram vivida(s) por si esta(s) experiência(s).

A entrevista deve ser descrita pelo entrevistado com o máximo de detalhe que lhe seja possível, respeitando o tempo limite para a entrevista.

A participação da pessoa é voluntária, podendo retirar-se do estudo ou recusar-se a prosseguir a entrevista a qualquer momento, sem ocorrência de qualquer dano ou perda de benefícios aos quais tenha direito.

A participação nesta pesquisa não interfere com o acompanhamento regular em curso no hospital, e não implica quaisquer riscos relacionados com a saúde física e mental do/a paciente.

É garantido ao/à paciente o sigilo, assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

O/a paciente que concordar com os termos presentes, deve assinar dois documentos como o presente, sendo um para si e outro para a investigadora.

Assinatura do/a paciente

Assinatura da responsável pelo presente estudo

Cláudia Dias Rodrigues

(Psicóloga/ Carteira Profissional nº.: 22. 5830. 167)

ANEXO C: Análises dos resultados

Participante 1 (P1)

Participante 2 (P2)

Participante 3 (P3)

Participante 4 (P4)

ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-PSICOLÓGICA

Participante 1 (P1)

Homem de 27 anos com amputação traumática do braço esquerdo, devido a acidente de moto aos 21-22 anos

Unidades de significado (linguagem do participante conforme <i>Lebenswelt</i>)	Significado psicológico (perspectiva psicológica sem terminologia técnica específica e sem a linguagem do participante)	
Entrevistadora: <i>P1 vou pedir-te que te lembres de uma situação, relacionada com a amputação do teu braço, e que te tentes focar num, ou vários, momentos que para ti tenham sido mais significativos para ti, e como foi viver essa experiência</i> Participante 1: Posso começar com o momento mais significativo para mim foi o facto de, nos dias de tratamento, não é, quando acordei, digamos assim, porque fiquei gravemente lesado pelo acidente, tive um mês, praticamente um mês, inconsciente, e quando acordava... e ‘tava completamente paraplégico, não mexia para lado nenhum.	1 Quando questionado pela investigadora, o participante 1 (P1) refere que o momento mais significativo ocorreu 1 mês após o acidente, altura em que recuperou o estado de consciência, e em que se sentiu totalmente imobilizado.	1-3 A situação mais marcante para P1 aconteceu quando, um mês após o estado inconsciente/coma, teve a percepção que o seu lado esquerdo estava totalmente imobilizado, e começou a sentir-se assustado pela hipótese de que a sua situação fosse mais grave do que gostaria. Enquanto ia pensando sobre essa possibilidade, P1 tentava tranquilizar-se,

E.: Não conseguias... P1: Não me conseguia mexer mesmo. Não me conseguia mexer. E... e quando o terapeuta ia lá ó.. o quar.. à cama, fazia qualquer coisa aqui, que via tipo uma pequena, um pequeno a.. saco, uma pequena peça castanha, para cima e para baixo, mas nunca me cheguei a aperceber o que é que era.	5 Inicialmente a sua impossibilidade de mover qualquer parte do seu corpo impedia-o de ver o seu lado esquerdo, e via apenas a enfermeira a mexer numa peça que nunca soube com exactidão o que era. Algo estava a acontecer fora do seu conhecimento relacionado com o lado esquerdo do seu corpo e só outra pessoa como o fisioterapeuta ou a enfermeira poderia ver, não o próprio.	Porém, mais importante do que saber a notícia da amputação, foi o período de tempo de desconfiança, incerteza e medo que P1 sentiu antes da confirmação das suas suspeitas de gravidade do acidente.
Até que a enfermeira disse-me que tinha ficado amputado, e aí foi... foi grave, foi grave, foi um momento assim, é pah 'pera aí que isto não foi fácil!	6 Quando a enfermeira lhe disse que tinha ficado amputado, P1 confirmou as suas suspeitas de gravidade, e entendeu que o que lhe tinha acontecido não era uma situação fácil de resolver.	
Entretanto, comecei-me a habituar, para ser sincero não me lembro até de ter sofrido muito, do choque, da palavra de ficar amputado, mas não me lembro de ter sofrido. Muito. Naquela altura.	7 Apesar de ter ouvido a enfermeira dizer-lhe que estava amputado, P1 não recorda que esse episódio específico, aquando do seu internamento, tenha sido muito doloroso ou chocante.	
E.: De teres sofrido em que sentido? P1: Sentido de.. eh, agora sou um coitado, sou um deficiente, tornei-me uma pessoa deficiente, não me lembro, sou sincero, não me lembro, enquanto tive cá internado. E.: Hum-hum.	8 P1 não se sentiu uma pessoa deficiente ou com pena de si mesmo só por ouvir a enfermeira dizer-lhe que estava amputado. Para que esse momento fosse agora recordado como sofrido ou chocante, seria necessário que P1, nessa altura, se tivesse visto com pena de si mesmo e se tivesse considerado uma pessoa diferente do que era antes,	8-9 A notícia da amputação não foi algo que inicialmente tenha sentido como uma mudança para um estado deficitário ou de necessidade de misericórdia, porque nesse momento P1 sentia-se protegido

	deficiente, e isso não aconteceu enquanto estive no acolhimento do hospital, durante os cuidados que tive aquando do internamento.	pelo apoio dos amigos e pelo acolhimento dos cuidadores hospitalares. Assim podia sentir-se suficientemente forte e competente para superar a situação actual de amputação.
P1: Outro momento que tive foi a saída para o exterior, o olhar para as pessoas, foi um momento muito, mas muito, muito mau. Quando cá estive, várias pessoas me visitaram, vários amigos inclusive, davam-me sempre a maior força, “está tudo bem, isto não é nada”,	9 Enquanto estive internado, logo após a cirurgia de amputação, foi importante P1 ter o apoio dos amigos, que lhe inspiravam coragem para prosseguir a sua vida e a negar que a deficiência pudesse ser um factor decisivo a qualquer mudança.	
mas depois o olhar de pessoas, externas à minha vida, foi complicado.	10 O pior momento começou quando saiu do internamento. As maiores dificuldades começaram quando começou a ser confrontado com o olhar de pessoas estranhas ou que lhe eram menos familiares e não suas amigas.	10-11 Foi quando saiu do hospital que sentiu que deixou de poder continuar a negar o valor da sua amputação no momento em que se confrontou com o olhar de desconhecidos e não contentores das suas angústias e medos.
E.: O olhar delas.. qual foi o braço? P1: O esquerdo, o esquerdo. E.: E foi... como é que é, é (amputação) total...? P1: Não, não tenho o cotovelo, portanto é até, até aqui... E.: Antes do cotovelo..? P1: Sim, sim. E.: E como é que foi para ti depois, entre essas duas qual foi a	11 A amputação foi ao nível do cotovelo esquerdo do seu braço, e para si a situação mais marcante foi quando começou a perceber que outras pessoas olhavam para a sua amputação.	

experiência que, que te marcou mais, a primeira ou a segunda? N: A segunda... Ainda... E.: A do olhar... P1: A do olhar.		
E.: É...? P1: Por exemplo, eu fui sempre uma pessoa muito activa, sempre gostei de praia, inclusive fazia praticas radicais no mar, e hoje, quando vou à praia não consigo sequer tirar a t-shirt. Mesmo estando rodeado de pessoas amigas, tirar a t-shirt tiro, mas o tirar a prótese.. não. E.: Porquê, não podes levar a prótese para dentro de água...?	12 Existe a necessidade de P1 ver-se num todo histórico e coerente através do que fazia antes da amputação, onde o que acontecia antes deveria continuar a existir agora após a amputação. A conjugação entre o facto de, por um lado, P1 não sentir possível essa continuidade ou permanência de possibilidades de acção e, por outro lado, não permitir que a sua prótese se torne pública e visível, quer entre pessoas estranhas ou amigas, torna-se uma forma de P1 sentir as diferenças na sua história pessoal, entre um “antes” e um “depois” do acidente. Existem graus de exposição visual, e P1 neste momento não está disponível para as formas menos disfarçadas e mais nuas. Isso significaria expor também as suas mudanças. P1 percebe que pode determinar os limites a que se permite expor despido (não incluindo a exposição da prótese), porém, esta limitação não é sentida como voluntária, é algo que “não consegue” fazer de modo diferente.	12-14 Com o olhar dos desconhecidos, P1 sente que perde o sentimento de identidade e de continuidade com o que foi no passado, por estar a mostrar-se de modo diferente, por isso prefere esconder a sua prótese, não revelar as suas mudanças e assim não tornar explícito o que não gosta e não deseja em si (prótese e amputação), como uma necessidade e não propriamente uma vontade de o fazer. Sentir-se injustiçado e em falta perante os outros torna-se algo inescapável para P1 por 3 motivos: a tensão entre a sua necessidade de ocultar e simultânea percepção de que é capaz de mais do que o que revela ou que os outros podem pensar sobre si; a incompletude de

P1: Exactamente. Portanto, e o.. o facto de sentir as pessoas a olhar ainda mais, com a prótese sempre disfarça, é uma questão de estética, não é, e o facto de sentir as pessoas a olhar ainda mais, torna-se muito complicado.	13 Expor a sua amputação é uma forma de tornar visível e explicita uma dimensão sua que não considera bela, e que só pode ser olhada pelos outros quando é disfarçada, quando não é mostrada aos outros de forma nua e sem artifícios.	informação que outros têm a seu respeito, e o facto de que os desconhecidos agora terão sempre informações incompletas – ao contrário das outras pessoas que o conheceram antes da amputação. 15-18 Para além da forma diferente como agora se vê e considera que os outros o vêem enquanto pessoa, P1 pensa que os outros desconhecidos podem discriminá-lo, julgá-
E.: Como é que é para ti essa experiência de te sentires olhado? P1: Má. E.: Consegues descrever-me o que é que sentes com isso? P1: Ah... sinto um juízo daquilo que não sou. Coitado... As pessoas olham, “ah tadinho, jovem, e agora o que é que vai ser da vida, o que é que vai ser da vida dele”, sinto que isso... é uma injustiça, sempre trabalhei para dar sempre... ser o melhor, para chegar onde quero, e as pessoas que me tomam logo aí fazem logo um juízo.	14 Ser olhado através da sua amputação é uma forma de expor a sua forma corporal actual, e isso é uma desvantagem em relação aos outros que não são amputados e em relação a si mesmo. P1 entende os comentários das pessoas estranhas que o olham, como formas deficitárias de o ver, não-justas, desadequadas, e até não-actualizadas, porque não tomam em consideração aquilo que ele sempre foi capaz de fazer antes da amputação e o que continua a sentir que é capaz. P1 percebe que existe uma descontinuidade na forma de ser visto pelos outros, mas não sente qualquer descontinuidade em relação àquilo que foi, pois permanece um sentimento de identidade apesar da mudança corporal.	
E.: Sentes-te julgado... como é que é essa sensação de injustiça? P1: É triste. É muito triste porque.. cá está, porque eu sei que não sou assim, não sou um coitadinho, não..., sei que, se me deixarem eu tenho o meu futuro, se não me julgarem eu tenho o meu futuro, o facto de ter perdido o braço não mudou em nada o meu.. o meu pensar. Um dos pontos negativos tá no olhar das	15 P1 sente-se triste quando percebe que o julgamento das pessoas não é completo nem correcto. O facto de ser amputado de um braço para ele é percebido pelos outros como se todo ele o fosse, tornando a sua continuidade de vida determinada por incertezas face ao futuro. Este julgamento é	

peças. O juízo da diferença que as peças fazem sobre mim. E.: Que é uma diferença em relação a... aos jovens da tua idade? ...?	sentido como injusto, redutor e discriminatório, relativamente às outras peças, e fá-lo perceber-se como um “falso” coitadinho que “não vai ser ninguém” nesta condição actual. Para si, perder o seu braço não é sinónimo de perder a forma de ser e estar anterior, para si a mudança é apenas corporal, sem qualquer implicação directa sobre a sua forma de pensar.	lo erradamente, e desconfiarem da sua capacidade para realizar os seus projectos e objectivos, pelo facto de não ter um braço. Em simultâneo, P1 não se sente mudado interiormente e cognitivamente, mas sente diferença nas expectativas que vê que os outros estranhos têm sobre si, o que para si é algo triste e que magoa quando imagina poder estar a acontecer, mesmo quando não pode confirmar ser uma verdade mas que sente quando se referem a ele como “coitadinho”.
P1: E... e o facto da pessoa pensar – pelo menos tenho essa opinião, que é: a pessoa olha para mim e pensa, “ah, não tem o braço, não vai ser ninguém!”	16 P1 sente-se triste quando pensa que outra pessoa pode não confiar na sua capacidade para realizar os seus projectos e objectivos pessoais pelo facto de não ter um braço.	
E.: E é isso que as peças... dizem? P1: Não dizem, mas fazem sentir com as palavras. Fazem sentir. E.: Que palavras? P1: “Coitadinho”.	17 P1 não ouve os julgamentos das peças através das palavras em si que podem dizer, mas antes através do que elas lhe podem fazer sentir. A forma fonética ou declarativa não é tão importante para P1 como o sentido que ele lhe pode atribuir a nível da sua semântica ou significado, através da forma como P1 interpreta o que é dito ou manifestado. Para P1 a palavra “coitadinho” atribuída por outra pessoa a si, é aquela que lhe traz mais significações e associações emocionais dolorosas.	
E.: É, dizem isso muito, “coitadinho”? P1: O facto de passar na.. na rua, né, e uma pessoa apercebe-se que, que, que eu não tenho o, o membro, começa a olhar e a expressão da pessoa, e às vezes, até já me aconteceu, ouvir, “ah, coitadinho, é jovem, e tá assim”. Magoa bastante, mesmo	18 P1 sente-se magoado pelo facto das peças estranhas poderem dizer que é tanto mais difícil viver com uma amputação quanto mais jovem se é, <i>[pois ser jovem implica que tem a possibilidade de viver ainda muito tempo sob a</i>	

bastante.. E.: Hum-hum... P1: Magoa bastante mesmo. Claro que a pessoa não me conhece, não é, e não sabe... do que é que eu sou capaz, e isto.. magoa-me. Porque se olhar, se essa pessoa olhar para outro, não vai dizer “ah, coitadinho”, não é?! Agora, como é comigo, é mau, é mau.	<i>condição de amputado, ao contrário de uma pessoa p.e. idosa que teria menos essa hipótese de grande espaço de tempo (pelo menos em teoria, pensando no desenvolvimento biológico humano) e que assim poderia viver menos tempo sob esta condição, e isto implica pensar na amputação como algo que não permite continuar a vida de forma positiva e produtiva.(?)</i> São os olhares e as expressões de semblante dos outros face à sua amputação e ao tempo que ainda tem, em tese, para viver com ela que permitem a P1 atribuir significados negativos às palavras das pessoas estranhas (que desconhecem P1 na sua continuidade histórica passada e nas suas capacidades de mobilidade e acção).	
E eu sou uma pessoa que não gosto de dar muito nas vistas, nesse sentido. Só que por causa deste braço acabo sempre por dar nas vistas, pela negativa. E.: Para ti esse é um factor negativo. P1: Hum-hum, muito negativo. O juízo da pessoa é altamente negativo.	19 P1 não gosta de se sentir olhado segundo estas significações. Atribuir um significado a estes olhares e expressões relacionado com as suas limitações e possíveis mudanças é uma forma de se sentir destacado pela negativa e de sentir mágoa em relação às pessoas que olham e se expressam desta forma (pelo olhar e expressão facial) e que assim lhe comunicam os seus juízos – também estes sentidos como “altamente negativos”.	19-20 Para P1 tem sido difícil de ultrapassar estas dificuldades que sente quando se relaciona com outros desconhecidos ou pouco familiares. Assim, para P1, não retirar a prótese e não mostrar o coto deve-se à sua dificuldade em conseguir lidar com a tristeza e mágoa/dor que sente e que considera que é provocada pelos outros.
E.: O juízo? P1: O juízo da pessoa, o juízo, o olhar, o descriminar. Descriminar: factor muito negativo mesmo.	20 Associado ao olhar e ao semblante, P1 inclui a apreciação ou entendimento das pessoas em relação à idade e à amputação	

E.: Sentes-te discriminado, com esses olhares... P1: E, e talvez tivesse sido esse olhar, ou esses olhares todos, que eu não conseguia ir... tirar a prótese na praia. Foi a única coisa que eu não consegui ultrapassar. Foi a única coisa.	como factores incontornáveis e inevitáveis na sua relação com elas. É inevitável sentir-se discriminado ou diferente em algo que desejaria não ser (estética, e algumas limitações da acção corporal), é também inevitável perceber associações que as pessoas podem fazer entre as limitações físicas e as limitações de mobilidade para a realização pessoal, e é inevitável perceber associações que as pessoas podem fazer entre o tempo de vida hipotético em proporção directa da quantidade de tempo de sofrimento, tanto maior quanto maiores forem as limitações de mobilidade física. Assim, quando P1 decide não retirar a prótese revela ter conhecimento da sua dificuldade em lidar com as significações que atribui a estes olhares e expressões, e percebe isso como o seu único obstáculo ao seu bem-estar.	
E.: O que é que implica esse “tirar a prótese na praia”? P1: É o.. ficar mais exposto. A amputação. E.: Essa exposição é.. o que é que significa para ti? P1: Hum... não sei como explicar. Não sei, não sei como explicar, mas talvez, talvez signifique que as pessoas vão olhar mais e ainda vão criar uma maior discriminação.	21 Para P1 mostrar a sua amputação livremente, implica aceitar-se como diferente fisicamente entre os outros. Porém, P1 tem mostrado ao longo da entrevista, que não se reconhece como diferente no que não se vê nele (pensamento, sentimentos, temporalidade, história pessoal), e isso entra em conflito com a sua diferença que se vê (física/material/corporal). A relação que estabelece entre o que é visto e as dificuldades que de facto existem na sua vida é acentuada quando P1 refere que se sente tanto mais identificado pelos outros como diferente (discriminado) quanto mais e mais frequentes são os seus	21-22 P1 considera que a exposição/revelação da sua amputação aos outros está dependente da sua aceitação pessoal como sendo diferente fisicamente, e P1 sente que se sente tanto mais diferente quanto mais explicita (sem prótese) é a sua exposição, o que provoca também o aumento do seu mal-estar.

	olhares, e estes são tanto mais frequentes quanto maior é a exposição explícita da amputação (sem prótese).	
E.: Achas que podem olhar ainda mais...? E se olharem se olhassem ainda mais, ou se vierem a olhar ainda mais... P1: Ficava ainda pior. E.: O que é que ficava pior? P1: O facto da pessoa tar a olhar para mim, se já tenho a experiência de quando a pessoa repara, tem esta percepção, quando a pessoa nota mesmo que eu não tenho... a prótese, né, tivesse maior, chamasse mais a atenção das pessoas, pela negativa, claro.	22 A relação entre a quantidade de olhares (de “ser visto”), na sua condição actual de amputado, e estar exposto sem disfarces protésicos, é directamente proporcional ao agravamento do seu mal-estar.	
E.: Falaste em reparar e notar...fazes uma distinção... P1: Sim. Apesar de ser a mesma coisa, apesar de... pronto, <i>repara</i> é, a pessoa não está à espera e olha, “eh, pah, aquele tem um braço.. artificial, uma prótese!”, e quando não se tem, <i>nota-se</i> logo que a pessoa não tem um braço, e automaticamente olha, a	23 Para além do próprio olhar e da frequência com que acontece, a rapidez com que esse olhar é feito, i.e. o tempo de tomada de conhecimento que demora entre a exposição de P1 e o olhar das pessoas, é mais um factor acrescentado à sua dificuldade em encontrar um espaço confortável perante o	23-24 P1 sente-se em desvantagem na velocidade com que se consegue ver como amputado e na velocidade com que outros o podem ver, pois considera que

peessoa começa logo.. E.: E aí olha também, como quando repara (na prótese)? P1: Ou pior. E.: Ou pior.	olhar dos outros.	para se sentir melhor necessita de mais tempo de adaptação ao seu corpo amputado e sua aceitação, do que o tempo que outros (familiares/amigos ou desconhecidos) precisam para se aperceberem dela como real e inescapável. Na tentativa de sentir o seu tempo aumentado e consequentemente sentir maior aceitação, P1 costuma ensaiar junto das pessoas conhecidas experimentar despir o troco em situações sociais de convívio como na praia ou piscina privada.
Há essa possibil... nunca experimentaste? P1: Nunca, nunca. E.: Mas imaginas.. é uma imaginação? P1: É uma imaginação, exactamente, é uma suposição que eu tenho que isto poderia acontecer. E por isso não tiro.. não tiro a prótese. E.: Não... não tens essa vontade de arriscar? P1: Tenho! Tenho bastante, bastante. E sempre que vou à praia com os meus, com os meus amigos, né, o meu grupo de de pessoas que continuam sempre comigo, e hoje continuam a fazer, ou colegas laborais, e tenho sempre uma enorme vontade de voltar, e experimentar novamente, de tentar, tentar fazer novamente, esforçar-me,	24 P1 não sabe como será retirar a prótese e expor a amputação, porque nunca o experimentou junto de desconhecidos, mas sabe que para se sentir confortável com isso precisaria que as pessoas demorassem mais tempo a reparar na sua amputação, que não a revelassem com os seus olhares e expressões de forma tão imediata e que fosse pelo menos mais progressivo, para além de necessitar que esses olhares não fossem tão insistentes, persistentes pelas mesmas pessoas ou por um maior número de pessoas. No entanto, P1 tem bastante vontade de arriscar, experimentar como seria expor a sua amputação explicitamente, e faz essas tentativas várias vezes sempre que está junto de pessoas amigas ou colegas que dispõem de mais tempo com ele em locais propícios a uma maior exposição corporal (despido), como a praia. Tem vontade e tenta experimentar outra forma de se apresentar junto de outras pessoas, esforçando-se por se arriscar mais na exposição e declaração da sua situação actual.	25-26 P1 receia não conseguir aceitar o seu aspecto físico perante si próprio, outros
apesar de saber que é perigoso, e os meus amigos: “eh pah, sai daí, não sejas assim, tas connosco, nós não te deixamos sozinho, se te vires atralhado nós estamos lá”. Por várias vezes, os	25 Para além dos riscos inerentes à sua exposição física, P1 refere	

próprios amigos dão essa força, “Eh pah, tira isso daí, despe-te pah, vai ao banho, não penses nisso, as pessoas, ‘caga nas pessoas, lixa-te nas pessoas, e vem connosco”. Mas é. É difícil.	que também tem receio de não conseguir a mobilidade suficiente para ser autónomo e capaz de preservação a sua vida e integridade física em ambientes que exigem força e coordenação motora, como nadar ou andar no mar. Na água é mais difícil controlar os movimentos, o ambiente é mais mutável que no ar e terra, e a sensação de segurança pessoal também muda. Apesar dos amigos oferecerem a sua força, protecção e companhia, P1 tem dificuldade em arriscar, quer na exposição visual quer no teste à sua capacidade de mobilidade, acção, e coordenação motora.	que sejam amigos ou desconhecidos, e receia não ser capaz de se mover e resistir em ambientes mais instáveis como a água (ou a neve, como é possível ver mais adiante), apesar da força que sente receber dos amigos e que considera um factor que tem em conta nas suas investidas/tentativas. 27-28 P1 sente que necessita mais tempo de adaptação para se arriscar, e isso é mais fácil conseguir junto de amigos, apesar da presença deles não resolver a sua dificuldade, pois P1 sente que necessita de algo mais do que estas condições.
Até mesmo quando vou a casa de amigos que têm piscina, onde tá aquele grupo, só de amigos, não tá mais ninguém, só amigos próximos, por vezes, torna-se difícil. E.: É?	26 Afinal, arriscar a exposição visual do seu corpo e a sua mobilidade em contextos ameaçadores à sua segurança (como na água, ou, como veremos mais à frente, na neve), é para P1 tão difícil junto de amigos como de pessoas menos familiares ou desconhecidas.	
P1: Claro que acabo por.. Tou à vontade, apesar de estar sempre à vontade com eles, não é?! Mas há aquele momento em que já se está mais à vontade, no fim da tarde, e aí sim é que vou, vou finalmente ao banho.	27 O momento mais apropriado para arriscar mostrar a prótese e aventurar-se mover-se dentro de água, é “ao fim da tarde”, após várias horas junto da companhia dos amigos com quem se sente mais “à vontade”. É assim que P1 vai fazendo os seus ensaios, as suas experiências e tentativas, para se ir sentindo melhor na sua relação com a sua amputação e com a sua prótese quando está com-os-outros no geral.	

E.: Então há uma diferença entre as pessoas que tu não conheces e as pessoas mais próximas. (e entre o início do contacto com elas e mais ao fim) P1: Sim, há. E.: Mesmo com as pessoas mais próximas... P1: Existe este receio. E.: Sentes receio. Receio.... P1: É um receio... de tirar a prótese.	28 Enfrentar os riscos e assumir a exposição é difícil tanto entre amigos como entre desconhecidos, porém, de junto dos amigos P1 sente que tem mais oportunidades (reflectidas em mais quantidade de tempo) para poder tentar arriscar. Apesar de haver diferenças na forma como se sente junto das pessoas mais próximas afectivamente e juntos das pessoas mais desconhecidas, o facto destas serem mais próximas não elimina o receio que P1 sente em retirar a prótese e expor visualmente a sua amputação. A coragem que os amigos tentam dar ao P1 não se tem revelado suficiente para se sentir seguro nesta exposição e neste assumir dos riscos que corre com esta, pelo menos num curto espaço de tempo. Porém, o tempo associado à companhia dos amigos torna este risco e exposição menos difícil. Assim, sem os amigos é difícil, mas sem o tempo decorrido (que passa) é insuperável.	
E.: Este receio, consegues descrever-me o que é que sentes, o que é que é esse receio? P1: Receio por ser julgado. E.: Então é um receio por seres julgado, mas o que sentes com isto? Onde é que está este receio, onde é que o sentes no corpo, ou ...? P1: Em tudo. No pensar, no coração, uma tristeza... E.: Este receio está ligado... a todo o corpo...	29 A tristeza que sente decorre do receio de ser julgado quando pensa e sente a sua deficiência, e isso acontece em todo o seu corpo, é uma tristeza abrangente, e para si a abrangência refere-se a duas funções corporais distintas: o pensamento e o coração – localizações centrais e essenciais à sobrevivência/existência: a vida da razão, do raciocínio, e a vida dos afectos e emoções. Duas funções distintas, alojadas em locais indistintos, abstractos, desconhecidos por estarem em todo o corpo.	29-32 Ao sentir que a sua tristeza abrange não só a sua relação com os outros como também a sua relação consigo mesmo. Quando P1 se pensa como diferente dos outros, sente-se incapaz de agir em certas situações sociais como desejaria, e quando entende que a sua condição física e emocional é irreversível, P1 sente essa sua tristeza como algo abrangente e localizado em todo o seu corpo através

P1: A todo o corpo, e reflecte-se no meu estado		dos seus pensamentos e afectos, e tem a sensação de estar aprisionado a uma forma de ser que não desejou e com a qual não se quer identificar.
Só de pensar tipo sou uma pessoa totalmente diferente. Sinto que vou ser olhado como uma pessoa triste, uma vez que as pessoas que estão olhar têm trespassado... sou uma pessoa triste.	30 Existem vários motivos para se sentir triste: (1) Pensar-se como uma pessoa diferente, fá-lo sentir-se triste, (2) pensar que as outras pessoas vêem essa sua tristeza e que o vêem como uma pessoa triste, leva-o a sentir-se triste também.	
E.: Hum... como é que é essa tristeza, consegues descreve-la? P1: Vontade de chorar. E.: Ficas com vontade de chorar... P1: E a tal pergunta, “porquê a mim?”! E.: Surge-te esta pergunta com frequência? P1: (assente)	31 Expressa a sua tristeza quando chora e quando se questiona acerca do motivo desta forma de “ter de ser”: amputado, triste, e com dificuldades ou impossibilidades para mobilizar em determinadas direcções/locais/espacos/ambientes e junto das pessoas (amigos ou desconhecidos).	
Até mesmo as vezes, quando estou sozinho, não é, e vou a algum lado, ou tou a ler qualquer coisa e... e este receio que eu tenho, de ir ao mar e ter que tirar a prótese, a... reflecte-se com todo o tipo...	32 Esta tristeza que pode sentir em relação a esta situação pode acontecer quando está sozinho ou quando está na companhia de outras pessoas, é indiferenciada face à companhia.	
imaginar que tou a ver uma revista e tou a ver umas imagens em Copacabana ou em Cuba... um sitio paradisíaco para passar férias, a pessoa está a olhar e está a ver toda a gente a divertir-se numa praia, numa piscina, e... penso, podia tar aqui, e não consigo, não posso ir, cá está, não é não consigo, é não posso ir.	33 Considera-se incapaz de desfrutar e divertir-se em locais que “qualquer pessoa” consegue, deseja, e se diverte e que incluam água e exposição corporal despida. Para si, todas as outras pessoas que não são amputadas, ou mesmo algumas	
		33-35 P1 auto-exclui-se e auto-discrimina-se quando se compara com outros, sentindo

E.: Não podes? P1: Não posso ir.	que o são (como o exemplo que deu do senhor que conheceu na praia), podem desfrutar mais de locais e relações interpessoais que o próprio P1, e reforça mesmo que <i>podem ir/mover-se</i> para estar lá, e ele <i>não pode</i> mover-se.	que é algo que não pode mudar e que a consequência é ser incapaz de se divertir da forma como imagina que outros o podem fazer sem constrangimentos e limitando-se a mover-se entre ambientes familiares e que lhe trazem mais segurança, não arriscando lugares/ambientes desconhecidos sem se preparar para eles com antecedência. Segundo P1, isto acontece porque considera-se uma pessoa com menos força do que aquela que desejaria ter, porque se vê como uma pessoa com receio e com dificuldade em actuar segundo a sua vontade.
Penso eu, não é! Penso logo automaticamente 'pra mim: "ah não posso ir aqui"! Cá está, o ir ali, ter que tirar a prótese, não é, vou ter que me despir, e então penso logo, não posso ir ali. E.: Parece que crias logo uma barreira? P1: Logo, logo!	34 Quando P1 pensa que, para se deslocar até um determinado local terá de se despir e tirar a prótese, rejeita essa deslocação de modo imediato, deixando de reflectir nos outros aspectos dessa deslocação e focando-se sobretudo nessas dificuldades, e assim sente-se impedido de se mover na direcção desse local e das coisas positivas que lhe associou antes de pensar nas dificuldades.	
Por estupidez, mas crio logo. E.: Porquê "por estupidez"? P1: Porque eu sei que isto é uma estupidez, porque eu sei que se tivesse mais força, ou se... se não tivesse este receio, não custava nada,	35 Considera que as barreiras que cria ao acesso a determinadas deslocações a locais ou à possibilidade de se despir e retirar a prótese são formas de se ver como uma pessoa com menos força do que a que gostaria de ter, uma pessoa com receio, e que vê os custos dos movimentos que faz.	
eu sou uma pessoa igual às outras, tenho perfeita consciência disso, as vezes até melhor que certas pessoas, mas isso não.. não é a conversa,	36 Reconhece-se como uma pessoa sem diferenças face aos outros e por vezes percebe-se como sendo uma pessoa melhor que outras, porém, este é um campo que não considera directamente relacionado com a sua experiência da	
		36-39 Nas antípodas dos seus sentimentos de tristeza, de incapacidade, incompletude e de falta de força, P1 percebe-se

	amputação.	simultaneamente como uma pessoa interiormente igual aos outros e por vezes superior em relação aos seus padrões de valores que considera, por vezes, mais elevados comparativamente com outros. Porém, e em simultâneo, a falta de força interior que sente é para si uma desvantagem por ser uma insegurança que sente face ao imprevisível e ao desconhecido da reacção (impossível de controlar) dos outros face a si mesmo.
e... sinto isso. E.: Mas sentes que... devias ter mais força, “se tivesse mais força”, foi o que disseste não é? P1: hum... E.: Força para quê? P1: Para ultrapassar este... este receio de tirar a prótese.	37 P1 que para conseguir tirar a prótese e revelar explicitamente a sua amputação implica que tenha mais força.	
Eu posso contar uma... conversa que tive no ano passado lá no *** onde costumo passar férias, e ‘tava lá um senhor na praia que também era amputado de um braço, braço esquerdo ou direito, agora não me lembro bem, e o senhor, como eu reparei que ele não tinha, não tinha o braço, e ele também deve ter reparado que eu não o tinha, deve ter reparado que era uma prótese,	38 P1 refere episódio em que conversou com um homem que expôs a sua amputação de um braço de forma nua frente aos outros, embora não se recorde qual era o braço amputado recorda-se de que esse homem reparou que P1 também não tinha um braço e que também podia ter reparado que P1 tinha uma prótese no lugar do braço em falta. P1 sentiu que havia um conhecimento mútuo acerca da problemática da amputação, que era vivida pelos dois.	
e à noite o senhor veio meter conversa comigo e disse: “desculpe lá, porque é que o senhor estava lá na praia de t-shirt e na, e na toalha?”, e eu aí apercebi-me o que é que ele queria dizer, não é,	39 P1 percebeu que o homem tinha reparado em si e nas suas dificuldades em expor a sua amputação e em se deslocar para fora da “sua” zona de “segurança” (como P1 referiu anteriormente – sentir-se seguro em não se mover para zonas	

	desconhecidas ou menos conhecidas...)	
então ‘tive a falar com ele e ele ‘teve a dizer-me, “eh pah, nem vás por aí, a principio é difícil, como te apercebeste, já passei por isso, mas depois da primeira vez isso não custa nada. Claro que as pessoas olham, tens que te fazer de desapercebido, mas faz de conta que as pessoas não olham para ti.”	40 O homem com quem falou tentou encorajar P1 a arriscar despir-se e tirar a prótese frente a outras pessoas usando como estratégia a negação de que percebe que as pessoas podem olhar para si.	40-41 P1 considera importante tentar arriscar revelar a sua amputação sem prótese, mas não se sente capaz de fazê-lo simulando que desvaloriza a opinião/visão dos outros.
Só que é isso que eu não consigo, fazer como se as pessoas não estejam a olhar para mim. E.: Porque na realidade sentes que estão, não é? P1: Hum... muito, é o grande problema é esse, retirar a prótese.	41 P1 interpretou os encorajamentos do homem como uma forma inautentica de retirar a prótese, pois o facto de se tentar enganar a si mesmo acerca do que vê e sente é para si é problemático.	
Lembro-me que ao principio, estava aqui internado ainda, e diziam-me, “ah, se puder levar uma daquelas próteses moveis, não é, que já andam por impulso, prefiro não meter nada, isto também não há-de ser nada...!”, tinha uma grande força, não.. não havia nada que...	42 Na fase inicial da amputação, quando ainda estava sob a protecção e atenção dos cuidadores do hospital e restrita convivência com amigos e família, P1 considerava que tinha maior quantidade de força pelo facto de conseguir com maior facilidade negar a importância da mudança que o seu corpo sofrera, e conseguia inclusive pensar em continuar a viver sem qualquer recurso a próteses de qualquer tipo. Para P1, ter força é sinónimo de não haver nenhuma situação ou pessoa	42-46 Durante o internamento, o ambiente protector da negação da importância da mudança corporal, ajudava P1 a sentir-se mais forte e capaz de não deter as suas vontades e acções no seu futuro por influência de outros. Com isso, P1 percebe que a força, capacidade de movimento, e confiança que ganhou durante o

	que possa deter as suas acções e vontades.	internamento não foi suficiente para conseguir desvalorizar a sua amputação.
quando ainda estava aqui internado, já tava consciente, já tava tudo bem, já tava numa fase final de recuperação física, e lembro-me de dizer, “ah, isto agora vou lá ‘pra fora, isto não é nada”,	43 Para P1 o facto de estar consciente e ter conseguido recuperar movimentos e funcionalidades motoras e fisiológicas, durante o internamento, considerou que fosse suficiente para considerar a amputação como algo sem significado ou importância na sua vida.	
cá está, também tinha a força dos amigos, dos profissionais do Outão, faziam com que não fosse nada!	44 Durante o internamento era possível acreditar nas palavras de encorajamento dos amigos e dos profissionais de saúde do hospital, pessoas em quem confiava, e acreditar nas suas atitudes que lhe revelavam que a sua amputação não era relevante.	
Como se, “isso não é nada”, não tinha vivido ainda a experiência fora do Outão. E.: Isso “não era nada” era o quê? P1: Ah, “é só um braço, não penses nisso que a vida corre normalmente, não...” E.: Tudo ia correr “normalmente” ...? P1: Tudo, ia correr tudo bem, faz de conta que não aconteceu nada.	45 Considerar que a amputação não era significativa para a sua vida era para si desvalorizar a importância do braço que perdeu, negando a sua importância e simulando para si mesmo e para os outros que nunca teria tido aquele acidente e que a evidência da amputação era ilusória, porque podia simular que nada tinha sido mudado na sua vida.	
Sempre tive essa ideia até ao dia em que saí daqui. Até ali uma	46	

primeira fase em que saí daqui. Foi entretanto que comecei-me a aperceber que o braço realmente tinha mudado muito, em muito, a minha vida.	A crença de que poderia negar a importância da amputação do braço persistiu até ao ultimo momento em que estive internado, mas foi sendo modificada à medida que foi tomando contacto com as pessoas e as necessidades que foi tendo no exterior do hospital, e isso fê-lo perceber que não podia continuar a negar a importância da falta do seu braço esquerdo no quotidiano da sua vida.	47-48 Entre os olhares de desconhecidos fora do hospital, os das crianças foram aqueles que P1 passou a sentir como mais honestos acerca da importância de não esconder ou negar a sua amputação, e isso exigiu de si mais esclarecimentos, menos dúvidas, e menos disfarces.
Bastante mesmo... ah... começou os juízos, as tais discriminações das pessoas, o olhar, as crianças, num primeiro momento,	47 As mudanças foram sendo sentidas com grande impacto, especialmente através dos juízos e discriminações que foi interpretando, vendo e sentindo, e através do facto de perceber que podia ser visto e o que agora mostrava era um P1 diferente. P1 refere a importância que foram começando a ter os olhares das crianças.	
a criança é uma pessoa muito honesta, e fica logo baralhada, vai logo fazer perguntas logo, “então mas porquê? Porque é que não tá aí o braço? Está escondido porquê? Tira-o da blusa – já me aconteceu – tira-o de dentro da blusa!”, a..	48 Ao contrário do que P1 estava habituado por parte das pessoas que o ajudaram a sentir-se protegido das mazelas do acidente, fora do hospital, as crianças revelaram-se “pessoas muito honestas”, no processo de tomada de consciência da importância do seu braço e da falta dele, pelo facto de deixarem explícita a sua surpresa, a complexidade do que viam, a necessidade de que o braço lá estivesse e que fosse visto, e com isto confirmavam a estranheza, e exigiam mais esclarecimentos, menos dúvidas e menos disfarces.	
e foi aí que começou a haver o problema, e portanto, passado um ano, de ter saído daqui, foi então a colocação da prótese,	49	

esteticamente o meu ego cresceu, bastante,	Ao tornar explícita a falta do braço e as suas implicações no quotidiano, P1 começou a perceber-la como um problema, nomeadamente como um problema de estética. Para tentar resolver dificuldades relacionadas com a sua imagem corporal (de beleza/estética) decidiu colocar uma prótese, e isso fez com que se sentisse mais agradável visualmente (ao “olhar”) por poder voltar a disfarçar a sua amputação, desta vez não através da negação – isso já não era possível – mas através da ilusão de óptica facilitada pela prótese. Com esta decisão sentiu-se satisfeito porque aumentou a sua auto-estima, e o seu auto-conceito tornou-se novamente mais alargado e menos restrito às anteriores problemáticas relacionadas com a falta do braço.	
o problema depois foi retirar a prótese. E.: O problema depois foi retirar-la... mas ainda estiveste um ano sem prótese... P1: Sensivelmente, um ano, sensivelmente, p’raí.	50 Apesar de ter estado cerca de 12 meses com a amputação explícita, depois de experimentar usar prótese, P1 não voltou a conseguir estar sem ela junto de outras pessoas. Quando a problemática passou a existir (explicitamente), P1 modificou a sua perspectiva, moveu-se noutra direcção da sua vida, e considerou indispensável usar prótese e não mais deixar de a usar.	50-51 P1 realizou movimentos de contacto e de aproximação à sua amputação através da negação da importância do acidente, negação da importância da amputação, e disfarce da mesma para outros, e aceitação da possibilidade das mudanças inesperadas.
E.: Foi há quanto tempo? P1: Foi... 2001. Tinha 21 anos, 22-21 anos. E.: Como é que foi? P1: Foi acidente de mota,	51 P1 foi amputado à cerca de 7 anos, devido a acidente de mota. Esteve o primeiro ano sem usar prótese, e há cerca de 6 anos que usa prótese, com todas as vantagens e desvantagens que referiu anteriormente.	

e.. o que eu ia dizer há pouco, quando estive aqui foi quando me disseram que eu não tinha braço, porque eu não me lembrava de nada, não fazia a mínima ideia de que ponto é que estava, não sabia de nada, nada, nada. E.: O contexto exacto... P1: Ninguém sabe, eu não sei, ninguém sabe, ninguém viu, Foi também ali numa fase complicada, tentar descobrir o que é que tinha originado esta situação...	52 Recuando na linha do tempo, P1 recorda que após acordar do estado de coma, e enquanto esteve internado, procurou saber o que tinha acontecido durante o acidente para provocar a amputação, mas ficou sempre com esta lacuna de conhecimento, pois ninguém o poderia ajudar a recordar. Essa situação de desconhecimento é hoje considerada como uma fase “complicada” para P1 durante o internamento.	52-55 Durante o internamento, P1 sentiu-se perturbado com o facto de desconhecer os motivos do acidente e de não encontrar respostas confiáveis, mas sente que hoje o seu interesse por alcançar esse conhecimento decresceu. Com esta mudança e com as suas mudanças de perspectivas acerca da importância da sua amputação, P1 considera agora que tudo na sua vida mudou, e procura mais verdade acerca de si próprio em contexto com as realidades objectivas que vive.
E.: Que ainda hoje não consegues perceber muito bem, ou não sabes mesmo... P1: Não sei mesmo. Ainda hoje não sei o que é que me aconteceu, claro que sabia que tinha sido um acidente de mota, não é, apesar de saber das mazelas, apesar de saber o que foi, não sei como foi...	53 Para além dos factos contextuais e físicos/corporais, existe uma dimensão de mistério ou enigma na forma como P1 percebe que se tornou amputado.	
E.: Como é que é essa sensação de não saber? P1: Neste momento já não tou muito preocupado. Neste momento já não tou muito preocupado, na altura sim, porque ouviu-se falar que havia culpa de outras pessoas, alguém tinha-se apercebido de alguma coisa, que passou ou num carro ou de mota que passou por mim, mas como eu neste momento já não... já não interessa muito saber, nem tenho muita vontade de saber como aconteceu. Não tenho muita.	54 É um desconhecimento acerca de si mesmo e de hipotéticas outras pessoas que possam ter estado envolvidas, que persiste em P1 desde o internamento até aos dias de hoje. Porém, neste momento esse desconhecimento já não assume a mesma importância que teve durante o internamento, e P1 considera mesmo que o seu interesse e vontade de saber acerca desses motivos para a amputação decresceu.	

E.: O que é que mudou...? P1: O que é que mudou. Tudo. E.: ...para mudar também essa vontade? P1: O que mudou foi que comecei a ultrapassar o facto de, comecei a acred..., a ver a realidade, pronto, eu sou uma pessoa que tem estes problemas, pronto, e tem limitações na vida, e isso começo a aceitar.	55 P1 mudou o seu âmbito de interesses acerca da sua amputação à medida que foi deixando de negar as mudanças e as dificuldades associadas aos novos limites com que agora se depara. Para P1 estas mudanças de perspectiva e forma de se ver amputado por sua vez mudaram “tudo” o que vivia.	
E.: A aceitar o quê, essas limitações? P1: Essas limitações. Comecei a aceitar que teria de pedir ajuda muitas vezes, apesar de, de primeiro tentar fazer por mim, também já fiz algumas evoluções, tentar fazer por mim, depois quase sempre pedir ajuda a alguém, de resto aceitei tudo. E.: Antes não aceitavas que poderias pedir ajuda quando precisasses? P1: Ah.. não, não aceitava.	56 Para P1 perceber e agir nas suas mudanças foi necessário aceitar o facto de que existem nos seus movimentos, físicos e psicológicos, novas limitações associadas à amputação. Houve alteração na permissão que deu a si mesmo para pedir ajuda, deixando que outros se dirigissem a si para o auxiliar em tarefas funcionais, inclusive, permitindo que algumas suas acções pudessem ser substituídas por outras pessoas, e permitindo-se pedir essa mobilidade aos outros. Situações que antes da amputação P1 considerava inaceitáveis.	
Não aceitava porque sempre fui muito independente, e o facto de ter de pedir a alguém para fazer alguma coisa é mau.	57 P1 tem necessidade de ser independente e refere que sempre o foi até se tornar amputado. Não poder ser independente implica pedir ajuda para actividades instrumentais e para P1 isso é “mau”.	
Outro aspecto negativo, sempre fui uma pessoa que... que vivi muito na sociedade, sempre pertenci a associações, sempre	58	

57-61

Apesar de P1 referir ter procedido a muitas mudanças em todos os aspectos da sua vida, continua a considerar que seria mais vantajoso para si ser independente dos outros, não necessitar

pertenci a grupos de amigos, e.. o facto disso faz com que hajam muito, algumas vezes estar fora, jantar fora, reuniões aqui, reuniões ali, ir àquele restaurante ***, e... e quando vou jantar fora, ou almoçar fora, quando olho para o menu, tento sempre pedir algo que eu sei que vem partido, sempre, ou carne de porco à alentejana, ou uma açorda de qualquer coisa, porque sei que há-de vir partido e não vou pedir ajuda a ninguém. E quando vou a algum sítio que sei que, como por exemplo como acontece aqui no refeitório da escola, do hospital, vejo o menu do dia seguinte, e tento sempre perceber o que é que poderá vir partido, para não ter que pedir ajuda.	O seu deslocamento para locais fora de casa é algo que sempre valorizou devido à possibilidade de encontro com outras pessoas e ao sentimento de pertença e de afectos. Depois da amputação, nestas saídas de casa (entre colegas, amigos, ou no trabalho), P1 tem tido a atenção de comer algo partido que não implique pedir ajuda a ninguém, e sempre que pode planeia e solicita a sua refeição com antecedência nesses locais. Foram formas que encontrou de não pedir ajuda.	pedir-lhes ajuda e por isso refere a importância de aprender a escolher planeadamente o que deve comer em função da facilidade funcional da tarefa. Estas suas estratégias foi algo que P1 foi descobrindo à medida que se foi afastando mais das pessoas e lugares que lhe eram familiares no seu quotidiano, como foi quando terminou a faculdade e começou a entrar em ambientes profissionais. Esta foi para P1 uma forma de sobrevivência e bem-estar físico e social, face a ambientes sentidos como mais competitivos.
E.: Como é que é para ti teres que fazer essas opções sempre? P1: Neste momento já não..., já aprendi a lidar com esta opção, já nem tou a ligar.	59 Optar por estas escolhas alimentares e de evitamento da ajuda num momento inicial foi devido às dificuldades que encontrou para usar apenas um braço, no entanto, hoje em dia P1 aprendeu a lidar com isso e já vê como problemático.	
E.: Quando é que começaste a fazer isso? P1: Ah.. Quando deixei a escola... ah, quando terminei a licenciatura e saí para o mundo profissional, foi quando comecei a fazer isso. E.: P.e., no refeitório da faculdade não te acontecia? P1: Não, não me acontecia porque ia sempre com algum amigo que ele próprio tomava logo a iniciativa, perguntava-me “o que é que queres, que eu levo e... e corto.”, pronto, logo. Não tinha que pedir porque ele a mim tinha essa iniciativa.	60 P1 começou a aprender a lidar com as dificuldades inerentes às refeições com um único braço, quando deixou de poder contar com a iniciativa e disponibilidade imediata de amigos quando ainda estava na faculdade. Fazendo a ponte com o que já foi referido anteriormente, aqui existe um paralelismo de situações: sair de casa para a rua ou locais públicos, sair do hospital para a vida quotidiana no exterior, as diferenças dos relacionamentos com estranhos e com amigos, ou profissionais de saúde próximos. A entrada para o ambiente profissional foi também a entrada numa maior mobilidade da sua parte,	

	aprendendo a tomar a iniciativa sozinho nas estratégias que encontrou para facilitar as suas acções. P1 refere o exemplo das refeições, pois são tarefas essenciais e inevitáveis à sobrevivência física e muitas vezes social.	
Aconteceu, p.e., quando tive a trabalhar em Lisboa, estive sensivelmente 5, 6 meses a trabalhar em Lisboa, quando não tinha ninguém para ir almoçar, porque às vezes não tinha ninguém para ir almoçar, nunca ia a um restaurante, ia sempre ou ao McDonalds, ou uma Casa das Sandes, ou uma Pizza ut, para comer.. à mão, não ter de pedir a ninguém para partir. E.: Até aí ainda não tinhas pensado na possibilidade de escolher outras coisas...? P1: Começou mais ou menos nessa altura, começou, a entrada no mundo profissional foi quando começou a haver esta escolha.	61 Optar por comer refeições que não necessitem de ajuda de outros foi uma descoberta que fez na sua liberdade para ser diferente na forma de comer – com um braço e mão em vez de dois – e também uma forma de sobrevivência em meios onde há menos laços de familiaridade, como no ambiente profissional.	
E, e cá está, cai normalmente sobre a discriminação, para que os colegas não pensem..., o mercado de trabalho é bastante competitivo, para que não haja a diferença, ao eu pensar que existe uma diferença os colegas vão pensar que eu tenho uma diferença, “então, coitadinho, não consegue tanto como eu”, passa-se muito essa ideia.	62 P1 considera que as estratégias que encontrou para contornar as suas dificuldades para comer com uma mão e braço foram motivadas por uma necessidade sua de não se sentir discriminado pelos colegas como sendo uma pessoa “diferente” e consequentemente menos competente que os colegas. Ser diferente é para P1 uma forma de ser pensado pelos outros como menos competente profissionalmente.	62-64 Ao sentir-se com diferentes recursos físicos, P1 considera-se diferente, sente que é discriminado pelos colegas por isso, e sente receio de, por isso, ser considerado pelos outros como menos competente profissionalmente ou noutras actividades fora dessa âmbito e quando não sente que tem a confiança das pessoas.
E.: Há mais competição e essa competição pode colocar-te... P1: Nunca me aconteceu, nunca me aconteceu nem tive provas	63 Ao sentir que as suas dificuldades funcionais/instrumentais nas refeições podem significar para outros dificuldades nas acções	

que isso tivesse acontecido, mas tenho esta ideia. E.: É semelhante àquela ideia que também tens com outras pessoas fora daqui? Não tem a ver só com o trabalho também... P1: Não tem a ver só com o trabalho.	profissionais, P1 imagina que pode ser alvo de discriminações no âmbito da competitividade que não é exclusiva dos ambientes profissionais mas estende-se a outros ambientes.	65-66 Para P1 sentir confiança nas pessoas é poder extrapolar as relações meramente profissionais e criar relações de intimidade/proximidade baseadas em diálogos com implicações pessoais não competitivas e seguras (de “confiança”).
Também com pessoas com quem não tenho confiança. E.: Confiança. A confiança para ti é importante, em relação a esta situação, plo menos. P1: Muito importante. E.: Confiança nas pessoas... P1: Confiança com a pessoa. Com a pessoa ou com as pessoas.	64 Estas suas percepções acerca da forma como as pessoas se podem relacionar com ele, dão-se não só em situações profissionais mas também com pessoas com as quais não sinta confiança.	
Tem que haver já ali um elo de, de grande confiança para que me sinta à-vontade e possa pedir alguma coisa. E.: O que é que implica para ti haver essa confiança? O que é que é para ti uma relação de confiança com uma pessoa? P1: Essa é difícil. Essa é difícil de dizer. Mas eu penso que é, é aquela pessoa que.. que eu me sinto bem, não é, que para além de estar ali ao lado por um motivo profissional, ou escolar, está ali, com a qual eu posso contar, com a qual a pessoa sabe que pode contar comigo,	65 P1 precisa de sentir uma ligação com as pessoas em que se sinta suficientemente relaxado para pedir ajuda em questões da sua esfera mais íntima e menos revelada habitualmente. Para isso, P1 precisa sentir as pessoas ao seu lado, numa relação de co-operação e de ajuda mútua e não apenas unidireccional.	
e., não sei se é correcto isto que eu vou dizer, se isto se define na palavra confiança, quando há uma conversa já mais para além do profissional, de algum sitio a que se tenha ido, ou de uma ideia	66 Para P1, uma relação de confiança deve incluir diálogos que	

que se tenha politica ou não, quando há assim um diálogo diferente, sem ser profissional, penso que é a base da criação de uma confiança. E.: Assim tens mais confiança naquela pessoa...? P1: Sim, ou que a pessoa está a dar-me confiança, mais por aí. E.: A dar-te confiança? P1: Hum-hum, e a partir do momento em que há ali aquele elo de confiança já não me inibo de pedir ajuda. É isto. É esta a questão.	saem do âmbito dos deveres e perspectivas profissionais, circunscritas a temas e actividades impessoais, deve para isso incluir diálogos onde seja possível uma implicação pessoal e assim a criação de temas fora do âmbito profissional que podem ligá-lo às outras pessoas. P1 considera que desta forma não haverá espaço para o poder separatista da discriminação e da competição (como de resto foi referido anteriormente).	
E.: Hum-hum... P1: Podes fazer as perguntas que quiseres. E.: Estava aqui a pensar, não sei se tenho algo para te perguntar... P1: Os lados positivos.	67 Após a exposição da sua posição face à amputação e perante um silêncio da investigadora, P1 manifestou a sua disponibilidade para continuar a entrevista e esperava que a investigadora o fizesse em forma de questionamento. Depois da investigadora manifestar a sua abertura para continuar sem um modelo de pergunta-resposta ou para terminar a entrevista caso P1 quisesse, P1 disponibilizou-se imediatamente para continuar, dirigindo a entrevista para expor mais da sua experiência, desta vez acerca daqueles que considera os seus “lados positivos”, uma vez que até então havia focado, essencialmente os “lados negativos”.	67-69 P1 considera que a dimensão positiva das suas dificuldades relacionadas com a amputação têm a ver com o facto de agora considerar que se tornou mais empenhado em lutar para ser melhor que as outras pessoas e isso implica, segundo P1, mostrar que existe, é capaz e competente para realizar os seus projectos e as suas actividades tal como deseja.
sabendo que agora tenho mais esta limitação, que pode, que tenho esta limitação, que pode ser factor de discriminação, lutar	68 Apesar de se considerar um “lutador”, após a amputação P1	

mais ainda, para que seja melhor. E.: Faz-te lutar mais para que sejas... melhor? P1: Para que as pessoas vejam que eu não sou um coitadinho... que eu não sou ninguém. Eu vou ter futuro. .	considerou que deveria tornar-se mais lutador do que alguma vez foi, lutar para ser “melhor” e para que a discriminação seja, se não anulada, diminuída por comparação com o que as outras pessoas fazem e como “lutam”. Para P1, “lutar” é um modo de mostrar às pessoas que é “alguém”, i.e. que não deixou de existir e de estar vivo, que “não é um coitadinho”, i.e. que não tem as suas capacidades diminuídas, e que por isso pode continuar a ter projectos e a conseguir concretizá-los como deseja.	70-76 P1 considera que para lutar é necessário esforçar-se por aprender a adaptar-se a novas circunstâncias que não dependem da sua vontade e expectativas iniciais (que só revelam as suas dificuldades ao longo do tempo). P1 considera ainda que as suas expectativas e sentimentos de
Talvez fazer-me lutar mais em mim. Sempre fui muito lutador.	69 Um “lado positivo” da sua experiência é que após a amputação tornou-se mais empenhado em lutar mais “por si”, apesar de antes já ser “muito lutador”. Com a amputação esta sua característica acentuou-se e tornou-se central para a continuidade do seu sentimento de que existe, de que está vivo (como vimos anteriormente).	
E.: Como é que é essa luta? P1: Em termos profissionais, não é, esforçar-me. E.: Dá-me um exemplo. P1: P.e. aqui no hospital, quando eu entrei com o Dr. António para fazer um estágio profissional, daqueles da Qualidade, entretanto deu-se o Centro Hospitalar, o grupo da Qualidade desmembrou-se e juntou-se com o hospital de Sesimbra, e eu tive que sair do gabinete da Qualidade. E comecei o estágio na.. continuei o estágio no gabinete, nos.. Recursos Humanos.	70 No que se refere às questões profissionais, para P1 “lutar” é esforçar-se. Como aconteceu quando aceitou um estágio profissional numa área e, por força de mudanças, que não dependeram da sua vontade, relacionadas com a separação da equipa de trabalho inicial, P1 aceitou-as e mobilizou-se para outra área de trabalho.	

		competência para lidar com situações desta natureza são reforçados quando sente maior familiaridade com as pessoas, os ambientes, e as tarefas que espera vir a realizar, e isso fá-lo reforçar a sua convicção de que a tarefa de adaptação não será difícil e por isso tem possibilidades de se superar e investir na competição com os seus colegas na esperança de se tornar “melhor” através dos seus esforços de aprendizagem.
Entretanto começou.. acabou o estágio profissional e comecei à procura de emprego, o Dr. João ofereceu-me a oportunidade de ingressar novamente, de re-ingressar novamente no.. no Centro Hospitalar, mas logo nos Recursos Humanos, começava ao balcão de atendimento ao doente na alergologia no hospital de Sesimbra, eu aceitei, disse logo que não havia problema nenhum, “então e você, lidar com o publico?”, “não há problema. Não há problema nenhum.	71 Outro exemplo de luta e esforço deu-se quando P1 aceitou novo contrato no mesmo local de trabalho sob novas condições. Apesar dessas novas condições implicarem uma nova forma de agir, lidando com atendimento ao público, P1 aceitou considerando que isso seria uma mudança possível de ser executada sem qualquer dificuldade. P1 partiu para uma nova situação com confiança na sua capacidade de adaptação e acreditando que as novas tarefas não continham dificuldades incapacitantes (tal como na fase inicial da amputação, quando ainda estava internado).	Considerar que os factores externos a si serão facilitadores da sua experiência e conjugado com o facto de considerar que tem força suficiente para de adaptar e aprender situações novas e assim superar os outros (que, segundo P1 podem deparar-se com menos obstáculos), são pontos do âmbito das expectativas que P1 considera importantes quando parte para uma nova experiência, que o ajudam a mover-se e a avançar na tentativa de se sentir realizado.
Sei que vai ser difícil, mas não há problema.”. E.: O que é que havia de difícil? P1: Por exemplo, a discriminação, olhar, eu não conheceria ninguém de certeza, tudo doentes,	72 P1 considerava que as dificuldades não constituiriam qualquer problema à sua capacidade de trabalho. As dificuldades estariam relacionadas com o facto de se poder sentir olhado, e com isso discriminado, por estranhos em situação de doença.	
claro que iria ser, a colega com que tava sei que iria acabar por ganhar confiança com a pessoa, aí iria-me sentir bem porque já sabia com quem é que eu iria trabalhar, e era uma pessoa que eu conhecia já fora do hospital, sei que não iria ser difícil, era um serviço o qual eu desconhecia, sei que era atendimento ao balcão, que era marcar uma consulta, o que e uma vinheta, como é que se processa as receitas,	73 Havia factores que considerava que não iriam ser difíceis, como: (1) saber com antecedência quem seria a colega com que iria trabalhar, (2) já conhecê-la, (3) a esperança de que iria ganhar mais confiança nela e com ela ao longo do tempo; (4) era um serviço que não conhecia a experiência mas conhecia alguns dos seus procedimentos.	

e depois quando cheguei lá, “é para aprender, é para aprender, é uma etapa da vida, vou tentar ser o melhor”.	74	75-80 P1 consegue perceber as suas dificuldades com mais vida e objectividade quando está em situação, e aí reconhece-se como “diferente” e menos competente do que desejaria ou idealizou, através das suas dificuldades manuais e motoras, dos esforços criativos que realiza para se superar, através do olhar dos outros que lhe são desconhecidos, e através das ajudas oferecidas pelos outros à execução das suas tarefas. Para P1 este conjunto de situações, confrontativas com a realidade da experiência, são vividas com tensão, entre a tentativa de continuar a negar a importância de estar nesses tipos relacionais consigo e com os outros, e não conseguir negá-lo porque os outros o denuncia através dos seus olhares, gestos, e verbalizações de vontade de ajuda, confirmando as suas dificuldades e confirmando também o sentimento de
Foi difícil, confesso, depois quando comecei a aperceber das dificuldades que ia ter, o rasgar um papel de uma credencial, num bloco, a pessoa a olhar ‘pra mim e eu ali a tentar inventar uma maneira para rasgar, para retirar o, a credencial, tirar as vinhetas do bloco, também era, foi muito difícil,	75	
claro que havia sempre aquela discriminação, mas tentava-se sempre abstrair de que a pessoa estava a olhar pra mim e, cá está, a fazer um juízo. Via-se perfeitamente na cara da pessoa que estava a pensar “coitadinho”. Sentia, sentia que a pessoa estava a olhar. Tanto que chegava à conclusão que a pessoa estava --- que dizia “precisa de ajuda, quer que eu o ajude a retirar?” Mas com a expressão do coitadinho.	76	
E.: A forma das pessoas te perguntarem se tu precisavas de ajuda	77	

era como se te chamassem “coitadinho”. P1: Era uma certeza. Que a pessoa estava a olhar para mim, a própria, a expressão com que a pessoa dizia “quer ajuda, se quer ajuda” notava-se perfeitamente que a pessoa estava...	P1 sentia certeza acerca do que observava nas pessoas que o olhavam nas situações de desempenho laboral.	que os outros não confiam nas suas capacidades de superação e realização.
E.: O que é que tem essa expressão? P1: Não gosto... pah... a pessoa quando pergunta “quer ajuda”, talvez esteja a dizer que eu não sou capaz. E.: É assim que tu a ouves...? P1: (Assente)	78 P1 interpreta uma oferta de ajuda como a comunicação de uma falta de confiança na sua capacidade para realizar uma tarefa, e não gosta disso.	
E.: Mas falaste-me na expressão, quê, facial, ...? P1: Ah.. na voz, e na própria expressão facial, aquele ar “veja lá se precisa de ajuda..!”, aquele “se precisa de ajuda” prestável, “quero mesmo ajudá-lo”. E.: É prestável, uma voz prestável... e P1: O facial, mostra o “coitado”, estar a olhar para a pessoa, “coitado”. E.: É aquele olhar como agora fizeste com as sobrancelhas. é um bocado difícil de descrever também, não é..	79 Existe na oferta de ajuda uma sensação de que a pessoa que o faz sente a necessidade de que seja aceite, a fim de que P1 não seja prejudicado ao fazer algo difícil sozinho, e também isso P1 não gosta de sentir.	
P1: É. Só vivendo, mesmo, ou passando pela experiência é que se sabe o quão difícil é de descrever	80 P1 refere que esta experiencia relacionada com as suas dificuldades e o estar com os outros nestas circunstâncias só	

	podem ser entendidas na prática das suas vivências	
uma.. um ser diferente, que na realidade não é, eu não sou diferente de outra pessoa qualquer, não sou. E.: Mas falas em diferença muitas vezes não é, apesar se saberes que na realidade não és, noutros momentos sentes que a há... P1: Sinto que sou diferente. Porque há muitas coisas que fazia que nunca mais hei-de fazer, como uma pessoa normal.	81 P1 sente uma ambiguidade entre ser diferente em algumas coisas que nunca mais poderá fazer, e não ser diferente noutras que pode continuar a fazer.	81-84 P1 sente-se dividido entre ser diferente e ser igual a si mesmo (tal como era antes da amputação) e aos outros, e a primeira está relacionada com percepções de perda e de novas noções acerca dos seus novos limites em ambientes que lhe trazem sensações de instabilidade/insegurança física que considera perigosas, pois considera que agora tem menos força física, psicológica/anímica do que tinha antes da amputação, e por recear vir a ser discriminado por isso.
E.: Como o exemplo de ir à água... P1: Ir à água não é impossível não, não é impossível, é mesmo por falta de.. ou por burrice, ou falta de, de, por receio, ou por, não sei como é que hei-de dizer, esta estupidez de eu não ir à água. Mas por exemplo, a prática do surf como antigamente é impossível, o andar de mota é impossível, ir a certos sítios poderá ser impossível. E.: Que sítios por exemplo? P1: P.e., uma altura em que também andava, fiz snowboard, uma altura em que andei na neve... completamente impossível, porque sei que os perigos que essas práticas têm,	82 As impossibilidades que P1 sente com a amputação têm a ver com o modo como pode fazer certas actividades, as restrições que agora lhe são impostas pelo seu corpo e movimentos e pela perigosidade que implicam, coisa que antes não existia em certas práticas como o surf ou o snowboard. Há uma distinção entre as restrições que tinha antes da amputação e as que tem agora, depois. P.e. pode ir à neve mas não pode esquiar.	
não pode ser com uma pessoa que tenha uma limitação de força. E.: Tem a ver com uma limitação da força... P1: O nadar, p.e., o nadar contra uma corrente, existe ali uma necessidade de força, e eu sei que não tenho, sei, não sei, mas	83 P1 tem a crença, embora não confirmada pela experiência, que as suas limitações em algumas actividades desportivas ou de lazer como nadar, estão relacionadas com a sua diminuição de	

sinto que poderei não ter essa força. E.: Podes não ter essa força, mas não há uma certeza?	força desde que foi amputado.	
P1: Não há uma certeza porque nunca experimentei, nunca arrisquei. E.: Este não arriscar... P1: Que advém de toda aquela descriminação de que te falei anteriormente.	84 P1 não arrisca experimentar a sua força nessas circunstâncias devido ao receio que tem de se sentir descriminado.	
E.: Hum-hum... acho que sim, penso que já deu para ter uma ideia da tua experiência e de todo o contexto da tua experiência... estamos a passar dos trinta minutos... P1: Se tiveres alguma dúvida também podes ligar-me. E.: Tá bom, obrigada...	85 Após a investigadora revelar a necessidade de terminar a entrevista, devido a uma limitação de tempo, P1 manifestou a sua disponibilidade para expor mais da sua experiência e esclarecê-la caso fosse útil para o trabalho dela noutro momento. A investigadora expressou gratidão pela generosidade demonstrada por P1.	

ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-PSICOLÓGICA

Participante 2 (P2)

Mulher de 50 anos com amputação de perna direita, devido a gangrena intercorrente da diabetes

Unidades de significado (linguagem do participante conforme <i>Lebenswelt</i>)	Significado psicológico (perspectiva psicológica sem terminologia técnica específica e sem a linguagem do participante)	
Entrevistadora: <i>Peço é que se tente lembrar de um momento que tenha sido mais marcante, que tenha sido mais significativo, e que esteja relacionado com a sua amputação.</i> P2: Tive que levar duas anestésias gerais na cabeça, porque o Dr. VR. mandou-me dar a primeira anestesia, que não foi ele que me deu,	1 Ao pedido da investigadora, P2 recorda a importância da lembrança que tem do seu médico ter dado a ordem a outra pessoa da equipa médica para lhe administrar duas anestésias consecutivas “na cabeça”.	1-5 Para P2 foi importante o processo de dessensibilização progressiva da sua perna e dores até ao momento em que foi derradeiramente anestesiada para ser amputada. P2 refere que necessitou que lhe administrassem consecutivamente duas doses de anestesia na zona da cabeça para poder perder a consciência do que lhe iria suceder.
e depois ele começou a apalpar a, o o... a minha perna e não sei quê, e eu queixei-me, eu disse “Ai”, ‘tava-me a doer.	2 Para P2 foi marcante a última vez que sentiu a sua perna e esta última recordação que tem da sua perna remete-a para as dores que sentia nela e para a palpação que sentiu o médico fazer-lhe no sentido de confirmar a sua percepção acerca da perna.	
E eu recordo-me de ouvir ele dizer: “ela ainda não está a dormir!”, disse o Dr., e depois deram-me outra anestesia.	3 P2 recorda a dificuldade que teve em deixar de estar consciente à primeira tentativa de anestesia, e recorda também ter ouvido o seu médico sugerir isso.	

Ou.. já não senti se foi picada, se foi de máscara, se foi de não sei de quê, sei que levei outra anestesia na cabeça.	4 Não se recorda da forma como foi anestesiada, recorda-se apenas do local: na cabeça.	6-8 No pós-operatório, quando P2 voltou a recuperar a sua consciência e percebeu que já não tinha a perna, não se recordou do seu médico dizer-lhe que ia ser amputada, e sentiu necessidade de discutir com ele como se estivesse louca, sem consciência ou com consciência alterada.
Pois então ele carregou novamente, eu não disse mais nada, ele disse: “pronto, já ‘tá a...” – deve ter dito! – “ já ‘tá a dormir, ou já ‘tá adormecida, ou já ‘tá qualquer coisa...”, porque eu não falei mais nem me queixei,	5 À segunda anestesia e palpação do médico P2 não voltou a sentir dor na perna e não voltou a queixar-se, e ouviu o médico referir que uma consequência da anestesia já estava consumada, ao que P2 depreendeu que essa consequência fosse um adormecimento da perna e da sua consciência.	
e depois quando acordei, da anestesia, a... eu meti as mãos assim [em cima das pernas], e aí senti falta da minha perna.	6 P2 refere que sentiu a falta da sua perna imediatamente após recuperar o efeito da anestesia e após a tentativa de colocar as suas mãos em cima das duas pernas.	
Eu não me recorda de ele me dizer que me ia tirar a perna. E.: Não se lembra dele dizer. P2: Não, não.	7 Depois de relatar como percebeu que tinha ficado sem a sua perna direita, P2 refere que não se recorda de ter ouvido o seu médico dizer-lhe que a ia amputar.	
E depois eu falei muito mal. E.: Hum-hum. P2: [Silêncio] Sério, falei muito ma dentro do... do hospital. E.: Falou como? Nesse momento mesmo? P2: Quando acordei! E.: Nesse momento. Quando diz “falar mal” está a falar de quê? P2: Dra, disse tudo como os malucos!	8 Logo após recuperar dos efeitos sedativos da anestesia e perceber a falta da sua perna, P2 expressou-se verbalmente de forma que considera “má” e à semelhança de tudo o que poderia ser dito por aquilo que considera uma pessoa louca/ com o seu raciocínio alterado e prejudicado.	

E.: Tudo o quê? P2: As coisas que se pode dizer e as coisas que não se pode dizer!	9 Para P2, dizer tudo o que uma pessoa louca pode dizer é equivalente a dizer qualquer coisa sem limitações de qualquer ordem: o que é socialmente permitido e o que é não permitido socialmente.	9-12 Poder insultar o seu médico sem sentir qualquer limite durante os 5 dias seguintes à cirurgia e enquanto recebia cuidados intensivos, é considerado por P2 como uma tentativa de alívio e de relembrar o seu médico da responsabilidade que P2 considerava que ele tinha em exclusivo pela perda da perna.
Eu falei mal, sei lá, eu, quer dizer, o... o Dr. Depois foi-me ver aos Cuidados Intensivos - que eu tive 5 dias nos Cuidados Intensivos - e depois ele disse-me assim para mim: “Tu falaste muito mal ‘pra mim”. Agora, Dra, veja bem o que é que eu possa ter dito ao Dr, né?!	10 Quando P2 se refere a “dizer tudo como os malucos”, refere-se ao período dos 5 dias seguintes à cirurgia, enquanto recebia cuidados de saúde e vigilância especiais, período durante o qual dirigiu insultos ao médico que a operou. A referência à situação e à duração dos insultos é para P2 suficiente para descrever a atribuição de um significado negativo ao seu comportamento.	
Que ele disse-me assim ‘pra mim: “Eu, se não fosses tu, eu não sei o que é que, como é que reagia, porque tu disseste-me coisas que nem aos animais se dizem”.	11 P2 refere que o seu médico só soube como reagir aos seus insultos porque a conhecia desde antes da operação e desde antes de ser insultado. Para P2 era importante que o médico tivesse P2 presente na sua memória tal como era antes da cirurgia.	
Agora, Dra, faça uma pequena ideia o que eu não disse, né?! E.: Hum.. Como é que se sentiu nesse momento, quer falar nisso? P2: Olhe Dra, eu senti-me tão aliviada...! E.: Por dizer, por falar. P2: Por falar, de falar mal. Eu não sei o que é que disse, sei que o Dr. Disse assim ‘pra mim: “tu falaste tão mal tão mal!”, pronto, e eu nem pedi desculpa nem disse nada. Sei que fiquei aliviada, de ter falado. Porque eu agarrei na minha mão, pus a mão assim, não vi a minha perna! E.: Pois... quando pôs a mão assim e não viu a sua perna, o que é que se passou aí dentro? P2: Foi aí, Dra, que eu falei mal. E.: Teve vontade de falar, pronto, mas essa vontade de falar veio junto de algum sentimento que sentiu assim, lembra-se?	12 Dizer o que o seu médico não gostaria ter ouvido de si, e para P2 esta foi uma forma de atenuar o que sentiu no momento que percebeu a falta da sua perna, após a intervenção médica e após recuperar da anestesia. O alívio que sentiu neste seu comportamento esteve relacionado com a atribuição directa de culpa ao médico pelo seu novo estado (amputada), colocando em questão a sua competência profissional [“Eu não me recorda de ele me dizer que me ia tirar a perna”] e a sua sensibilidade humana [“...disseste-me coisas que nem aos animais se dizem”].	

P2: Depois de... de ter falado mal e porcamente, ter dito tudo como os malucos, talvez, deu-me um ataque de choro, comecei a chorar que é mentira! E.: Hum-hum. P2: Verdade. E.: Hum-hum.	13 Na sequência da sua vontade de insultar e “sujar” (“mal e porcamente”) o seu médico, P2 teve vontade de chorar compulsivamente. Foi uma outra forma de se livrar de alguma da carga afectiva que sentiu no momento em que percebeu a falta da sua perna direita.	13-16 P2 sentiu vontade de chorar compulsivamente como forma de se tentar sentir livre da carga afectiva negativa (mal-estar), mas como não se considerou eficaz o suficiente, necessitou de ajuda para que outro especialista lhe pudesse ajudar a limpar a sua cabeça, ajudando a regenerar os danos causados, e ainda que P2 não compreende-se a sua linguagem, naquele momento foi tranquilizador perceber a sua companhia/presença. 17-19 Após a cirurgia, P2 passou a deixar de conseguir reconhecer-se e a sentir-se reconhecida por uma continuidade de identidade, e sentiu isso como uma prova da sua loucura face a si e face à forma como também via os outros. P2 justifica esta mudança como uma forma de alívio e esvaziamento de sentimentos negativos, e
P2: E depois o... o Dr. V., a... mandou, ou se não foi ele foi alguém, mandou um... um psiquiatra, ou um psicólogo, ou um... um médico ‘prá minha cabeça,	14 O seu médico voltou a tomar outra decisão sozinho: chamar um especialista que a ajudasse, desta vez, a tratar da sua cabeça, apesar do seu problema ser relativo à falta da sua perna.	
‘prá minha cabeça [solução – “com licença”], ‘prá minha cabeceira da cama, ‘pra me lavar novamente a cabeça!	15 Para P2, enquanto o seu médico havia limpo a sua perna direita (amputando-a devido à gangrena que se havia formado), o novo especialista teria o objectivo de se sentar ao seu lado e voltar a limpá-la, desta vez a sua cabeça, uma vez que para P2, depois da cirurgia, esta teria ficado suja aquando das palavras insultuosas que proferiu depois da primeira “limpeza” à perna.	
Falou, falou, falou, falou, e eu só dizia que sim. Metade das palavras eu não percebia o que é que o Dr. dizia, mas só dizia que sim, dizia a tudo que sim! Pronto. [silêncio]. E.: Como é que foi nesse momento, ‘tar a ouvir uma pessoa e dizer que sim mas não ‘tar a perceber?	16 O novo especialista utilizou a palavra para se comunicar com P2 que não entendeu muitos seus significados. P2 considera que o especialista não falava a sua linguagem, mas, apesar disso, P2 simulou compreendê-lo, respondendo-lhe afirmativamente.	
P2: Dra, eu não ‘tava em mim, a sério, eu quando... E.: Quando me diz que não ‘tava em si é o quê? P2: Não, que eu... eu ‘tava memo a ficar maluca! E.: Sentia-se a ficar maluca? P2: ‘Tava mesmo a ficar maluca, Dra! Tanto que o Dr. V. disse, a... - não sei se era à enfermeira, se era à médica – “Epah, a mulher ‘tá a ficar maluca!”. Disse memo assim! “A mulher ‘tá a ficar maluca! Não é a mulher que eu tive lá em cima no segundo andar, antes quando me trouxeram ‘pra baixo ‘pra eu lhe tirar a perna! Ela ‘tá mesmo a ficar maluca!”.	17 Após a cirurgia P2 não se conseguia reconhecer nas suas palavras nem através dos olhos dos outros (o seu médico), pois não foi sentida nem reconhecida uma continuidade/ estabilidade na identidade de P2, e isso foi interpretado por si, e confirmado pelo seu médico, como estando a tornar-se louca. Era o início da sua mudança não só física mas também da sua noção de “eu”.	

E.: Ficar maluca. Como é que era para si essa sensação?		
P2: Era Dra., olhe, eu falava, parecia que ‘tava a falar ‘pró diabo. Ou parecia que ‘tava a falar não sei ‘pra quem, que eu... eu só me sentia bem era a falar, mas era só falar mal. E.: Quando diz falar mal é o quê “falar mal”? P2: Já disse à Dra, disse tudo como os malucos, tudo, tudo, tudo, tudo! E.: O que é que os malucos dizem? P2: Olhe, Dra... E.: Diga-me. P2: Só aí é que eu pedi desculpa ao Dr.	18 P2 começou a dirigir as suas palavras insultuosas como se estivesse a falar para algo/alguém que também seria capaz de dirigir palavras semelhantes e entender os seus significados, que associou à imagem cultural do diabo. Este cenário não lhe era familiar e deixou-a com uma sensação de estranheza em relação a si mesma, e simultaneamente com uma vontade de se deixar “aliviar” esvaziando essas palavras sem obstáculos, até por fim poder pedir desculpa ao seu médico.	por isso era como se tivesse em si algo estranho mas pelo qual era culpada. Assim, o que dizia aos outros era seu mas simultaneamente não reconhecia como seu e não conseguia entender os motivos racionais/explicativos do seu comportamento.
Eu até filha da puta lhe chamei [baixa tom de voz gradualmente], ao Dr. E.: Hum-hum. Hum-hum. P2: Eu disse: “Epah, Dr, você é um granda filha da puta”, e depois chamei, pedi-lhe desculpa. Portanto, Dra, veja bem o que é que eu não possa ter dito! Ao ponto de eu dizer isso ‘pra ele. Pronto. [Silêncio]. E.: Hum-hum... ... O que é que a levou a dizer? P2: Não sei Dra. Não sei. Não sei, não sei, não sei, não sei. Não consigo explicar a razão porque é que me deu ‘pra eu falar mal. [Silêncio].	19 Após a sua necessidade de injuriar o seu médico, P2 teve vontade de pedir desculpa pelo seu comportamento verbal, apesar de não entender os motivos racionais/ explicativos do seu comportamento.	
[Risos] Eu só ouvia – eu hoje riu-me – eu só ouvia ele dizer assim: “A mulher ‘tá maluca!” [Risos], “A mulher ‘tá maluca!”.	20 P2 manifestou satisfação quando se riu ao lembrar-se do seu médico referir que P2 tinha-se tornado louca após a cirurgia.	20-27 P2 sentiu-se satisfeita com a ideia de que a sua loucura podia ser uma forma de penalizar o seu médico e torná-lo como exclusivo responsável e culpado pela amputação de P2 e pelo seu mal-estar e

E.: Hum-hum... ..Há bocadinho estava a dizer que era como se estivesse a falar para o diabo... P2: Era verdade, Dra! Eu só me sentia era falar mal ao pé dele, que era para ele sentir mais ou menos o que me tinha feito por me ter tirado a perna! E.: Ah... ok, então, quando falava assim era para ele sentir... P2: Sentir o... E.: Sentir mais ou menos o que é que a P2 estava a sentir? P2: Sentir o que é que me fez, pois, o que é que me fez de me tirar a minha perna! E.: Queria que ele se sentisse como você se estava a sentir. P2: Pois. Porque eu depois disse assim pra ele: “eu nunca mais ando...”.	21 A intenção de P2 ao “falar mal” e, consequentemente, comportar-se de forma “louca”/perturbada, era fazer com que o seu médico viesse a sentir um pouco dos efeitos/consequências da sua decisão de amputar a perna de P2 sem a sua vontade. Esta seria uma forma de P2 revelar ao seu médico o mal-estar que estava a sentir, bem como a explicitação da atribuição de culpa que lhe atribuía por este ser responsável por ela nunca mais poder andar.	desejo de poder ter escolhido ser morta em vez de ser amputada. Porém, P2 não se considerava co-responsável pela decisão da amputação, pois sentiu-se obrigada a escolher entre a sua vida em detrimento da sua morte.
E.: Você estava a sentir-se como se lhe tivessem feito, dito muita coisa má? P2: Fizeram, ele fez-me tanta coisa que eu disse assim ‘pra ele: “Dr., você podia-me ter cortado o pescoço! ‘Plo menos eu não sentia mais nada. ‘Tava a dormir, já não sentia o pescoço cortado, nunca mais acordava”.	22 Para P2, a amputação da sua perna foi tudo o que o seu médico lhe podia ter feito para agravar o seu sofrimento. Por isso, na altura, P2 exprimiu o desejo de que o seu médico a tivesse morto para não ter de sofrer com a situação com que se deparava. Este desejo de morte foi expresso de modo fragmentário e substitutivo das zonas corporais amputadas: onde em vez da perna, P2 preferiu que lhe fosse retirado o pescoço.	
Disse coisas àquele médico, Dra! Só eu e Deus é que sabe o que é que eu disse a ele. E ele a ouvir.	23 A necessidade de expressar verbalmente o seu desejo auto-destrutivo foi sentida como ouvida pelo seu médico, Foi importante sentir a sua presença.	
E.: Nessa altura, quando disse que ‘tava a falar, a dizer tudo, como se tivesse em frente ao Diabo, não é, ‘pra tentar fazer chegar aquilo que estava a sentir... P2: Dra, era ‘pra expandir... E.: ‘Pra expandir... P2: O... o que eles me tinham feito. E.: ...o que eles lhe tinham feito.	24 Inicialmente P2 tinha como objectivo expandir os seus sentimentos dolorosos até ao seu médico e equipa de profissionais de saúde, pois responsabilizava-os pela amputação, e não se incluía nessa decisão e responsabilidade.	

P2: Quer dizer que, ele antes de me amputar a perna, teve a falar comigo muito tempo. E.: Hum-hum... P2: E depois disse: “a gente não tem hipótese de fazer ‘mai nada, porque a infecção depois pode começar a subir ‘pra cima, e ainda podes ficar pior”... E.: Então ele disse-lhe isso... P2: Sim, Dra, ele disse-me tudo, e eu concordei tudo o que ele me disse, e depois eu disse,	25 Depois da responsabilidade exclusiva que atribuiu em primeira instância ao seu médico, acrescentou a participação da equipa de profissionais de saúde que com ele realizou a cirurgia, e só por fim recordou que também P2 concordou com a realização da amputação. Porém, para P2 o seu médico não lhe tinha deixado opções de escolha, havia uma única solução para o seu problema, sob pena de haver a possibilidade de poder vir a ficar pior.	28-29 A responsabilidade da decisão que P2 considera sua é justificada por si como uma escolha que fez entre a vida e a morte com anulamento da dor física e procura de prazer 30-32 Apesar de reconsiderar a sua responsabilidade na tomada de decisão,
ele até me disse assim ‘pra mim: “olha, é assim, P2, vamos ver uma coisa, a infecção só ‘tá até à perna, a infecção pode vir ‘pra cima e podes ficar maluquinha ...!”,	26 Segundo P2, para introduzir-lhe o que considerava ser a melhor solução para o seu problema - realizar a cirurgia de amputação - o seu médico apresentou-lhe um quadro biológico com ameaça de evolução da patologia da diabetes e consequente gangrena como uma epidemia que poderia apoderar-se da sua mente e capacidade reflexiva, podendo vir a torna-la louca.	
e depois eu até lhe disse assim: “Epah, Dr, que vá a perna, fico eu!”,	27 Na sequência de uma reflexão acerca das consequências mórbidas da sua doença apresentadas pelo seu médico, P2 recorda que consentiu a cirurgia, por recear morrer.	
porque eu nessa altura tinha muito prazer em viver, e – apesar de ‘tar na porcaria com o... o meu [companheiro], mas pronto, tinha muito prazer em viver!	28 Ao decidir a amputação, P2 estava a decidir viver porque, nessa altura, não imaginava que viver pudesse ser de outro modo sem ser com prazer. Só após a amputação P2 pode questionar a única experiência que tinha acerca de viver - com prazer (relatado no correspondente ao significando psicológico nº 22).	
E apesar de ter tanta dor em cima de mim, eu disse ao Dr.: “Dr., que vá a perna, que fique eu.”,	29 A presença da dor física reforçou a decisão da amputação, bem como da sua escolha pela hipótese de um prolongamento da sua vida.	
e foi quando ele concordou portanto, e disse à Dra., ou disse à enfermeira, que eu também ‘tava a ver mal com as dores que eu ‘tava a passar – que eu tive 3 meses a passar dores de dia e de	30 Para P2, a concordância e a ordem do médico para que se desse andamento ao processo da amputação foram	

noite e depois a Dra. – já ‘tou a dizer à Dra, não sei se era Dra., se era médica, se era enfermeira, se era ...	determinantes na sua realização. Nesta ordem de ideias, para P2 o seu médico foi um responsável fulcral e bem identificado pela amputação e por isso também pelas suas consequências em P2.	P2 considera também que esta só aconteceu porque existiu uma responsabilidade superior à sua por parte do médico e equipa de cuidadores. Confronta-se com uma situação dolorosa (e não-prazerosa) após a amputação foi algo que a fez considerar-se ilibada de responsabilidades, uma vez qe as circunstancias reais que encontrou não corresponderam às idealizadas e esperadas por si.
ele só disse assim ‘prá pessoa que ‘tava ao pé da gente, ao pé de mim e ao pé dele, “‘trazia ‘pra baixo”. Pronto, depois eu ‘tava na enfermaria, tiraram a cama lá do sítio dela, e ele foi no elevador, ‘pra baixo, pronto.	31 Para P2 houve outros responsáveis pela execução da sua amputação, mas estes seriam responsáveis dirigidos pelo seu médico. Segundo P2, ela foi retirada do local onde estava internada para ser dirigida, sem qualquer intervenção directa sua, até ao bloco operatório.	
E.: Hum-hum. Portanto, houve um momento antes em que P2 concordou que era o melhor. P2: Concordei com tudo. E.: Mas naquele momento em que acordou não se lembrava que tinha falado isso com o médico... P2: Nada. Por isso que ele disse: “ela ‘tá a ficar maluca”. E.: Exacto... esqueceu-se naquele momento, só. E foi aí que depois quis...	32 Apesar de P2 ter estado envolvida na tomada de decisão pela amputação, no momento imediatamente após a cirurgia, e após ser confrontada com o facto de já não ter perna, P2 deixou de crer que a vida poderia continuar a ser igualmente prazerosa e esqueceu-se de que também tinha assumido a sua responsabilidade na escolha pela amputação e pelo prolongamento da sua vida.	
P2: Depois desabafei à minha maneira. E.: Foi uma forma de desabafo então, não é? P2: Desabafei tudo à minha maneira! E.: E quando ‘tava a desabafar isso como é que se estava a sentir? P2: ‘Tava-me a sentir tão bem, Dra.!	33 Poder “falar mal” nesse primeiro momento da amputação, significou para P2 poder não abafar (“desabafar”), ou não reprimir, o que estava a sentir com o confronto da perda da sua perna, e isso foi algo que a ajudou a sentir-se melhor.	
E.: Sentia-se bem... P2: Sentia. E.: Consegue descrever essa sensação de estar bem? P2: Olhe, Dra., parecia eu que ‘tava nas nuvens! E.: Era?	34 Ao usar da liberdade para não reprimir o que pensou e a desilusão com que se deparava, P2 sentiu-se fora daquela situação real e concreta (“nas nuvens”), num local idealizado onde podia retirar mais prazer do que aquele que o concreto da situação lhe podia oferecer a partir de então.	
P2: É verdade. Falei, falei, falei, falei, depois de eu falar tudo, de sentir que ‘tava nas nuvens, deu-me um ataque de choro! Pronto, comecei a chorar.	35 Quando P2 esgotou todas os recursos verbais que no momento lhe pareceram mais apropriados para se proteger num outro	33-38 P2 oscilou entre momentos de bem-estar, enquanto insultava o seu médico e se excluía da responsabilidade da amputação e podia regressar a um estado “ideal” e prazeroso, e mal-estar nos momentos de maior sofrimento e confronto com a sua realidade física actual inescapável. Porém, em qualquer dos tipos de sensação, P2 não conseguiu incluir-se como co-responsável pela sua amputação e pelo seu estado de loucura, e era por isso ainda podia retirar algum tipo de prazer, de calma, bem-estar, e eventualmente poder regressar a um estado “ideal” em opção

E.: O que é que fez com que deixasse de sentir que, quando começou a chorar deixou de sentir que estava nas nuvens? P2: Calei-me. Deixei de falar mal. E.: [Quando começou a chorar] Foi quando se calou... P2: Foi. [Ri-se]. Deixei de falar mal, deu-me um ataque de choro! E.: Äh-äh... e aí saiu das nuvens...	local psicológico idealizado (“nas nuvens”) e menos doloroso que o local psicológico real onde se encontrava, parou o seu discurso verbal, e nessa altura voltou a aproximar-se da realidade concreta/ factual da sua situação física presente.	ao “real”.
P2: Pois, saí das nuvens e foi quando o Dr. disse, disse ‘prá pessoa que ‘tava ao pé de mim: “Olha, temos que chamar um psicólogo, ou um psiquiatra, ou um não sei quê”,	36 De volta ao concreto da sua actual situação física (amputada) e psicológica (dolorosa), P2 deparou-se novamente com as directrizes sob a, exclusiva, responsabilidade do seu médico - desta vez para que pudesse dispor de ajuda psiquiátrica ou psicológica.	
e depois meteram-no ao meu lado, na minha cama lá ao pé, nos Cuidados Intensivos.	37 E deparou-se novamente, tal como antes da cirurgia, com as acções de outras pessoas sob a direcção do seu médico, que por sua vez mobilizaram a acção de ou outro especialista, para que fosse providenciada a P2 uma outra forma de tratamento/cuidado, enquanto ainda estava sob outros tipos de vigilância médica especializada em assegurar a sua vida e a recuperação e adaptação inicial à amputação.	
E a pessoa falou, falou, falou, falou, falou, falou, falou, falou, falou, e eu fiquei calma, do que a pessoa me disse. Agora, não me procure o que é que a pessoa me disse... E.: Agora já não se lembra... P2: [Ri-se] Porque já não me lembro. Já vai fazer 4 anos! E.: Pronto... mas na altura acalmou-a mais... P2: Acalmei.	38 O novo especialista requisitado sob a responsabilidade do seu médico usou da mesma forma que P2 tinha usado para se afastar da dor emocional que havia sentido no primeiro instante: a expressão verbal, o que resultou em que desta vez P2 não falasse mas apenas ouvisse, e isso serviu para que se sentisse calma devido aos conteúdos transmitidos. Contudo, ao recordar-se hoje – após 4 anos desse episódio, P2 já não se recorda dos conteúdos do que ouviu, e apenas se recorda da sensação de calma que sentiu.	
E.: E como é que foi quando depois começou a chorar? O que é que a levou a chorar daquela maneira? P2: Eh.. não sei Dra., porque o... o Dr. só dizia assim ‘pra mim: “Epah, cala-te um bocadinho, fala lá comigo”, e eu soluçava! Deu-	39 A não interrupção involuntária do seu choro, levou a que a sua respiração se tornasse interrompida por espasmos no diafragma e fechamento da glote (“soluçava”), o que se	
		39-40 Foi importante para o bem-estar de P2 não sentir desejo de parar de chorar, de falar, ou de ouvir, deixando-se levar sem

me um ataque tão grande, Dra, de choro, que eu soluçava! Ele assim ‘pra mim: “Cala-te, fala comigo!”, e ele falava e eu não ouvia nada do que é que ele dizia, só queria era chorar!	traduzia numa dificuldade em continuar a articular frases e palavras sem interrupções, de modo também involuntário. Para P2, estas acções involuntárias faziam-na sentir-se bem e ela não tinha vontade de parar de o fazer (de chorar compulsivamente), e também não tinha vontade de ouvir o que o seu médico lhe estava a disser nesse momento: P2 não tinha vontade de voltar ao contacto verbal, e por isso não tinha vontade de responder aos pedidos do seu médico. P2 sentia-se bem por poder chorar compulsivamente sozinha e não sentir controlo sobre esse choro, e também era importante para si não ouvir o seu médico nesse momento.	controlo de si mesma sozinha, fechando-se sobre si e sem manter contacto com o exterior/outros como forma de poder sentir que se podia libertar do peso dos sentimentos e emoções associadas à perda. Mesmo que, porém, fosse simultaneamente importante que outros estivessem presentes, junto de si nesses momentos para poder rejeitá-los, insultá-los (médico, equipa, e marido, como veremos mais adiante), ou ignorar as suas palavras (psiquiatra). Era importante para P2 sentir-se ouvida mas não ouvir, poder interferir, mas não ser alvo de intervenções.
E.: Hum-hum... como é que se sentia quando chorava? P2: ‘Tava bem! A chorar ‘tava, sentia-me bem. E.: Também se sentia bem? Esse “bem” era o quê? Como? P2: Ah, eu sei lá Dra, eu... sentia-me aliviada, de ter falado o que falei, depois de ter tido o ataque de choro que tive, e quanto mais chorava mais me apetecia chorar.	40 Ao chorar, P2 sentia-se bem porque sentia-se menos pesada (“aliviada”) da carga emocional que começou a sentir após colocar a sua mão sobre a falta da perna, e por isso não tinha vontade de para de chorar.	
Eu queria... eu limpava os olhos, eu queria-me calar e não, não me sustinha, que as lágrimas corriam-me constantemente. E.: Mas queria-se calar? P2: Queria. E.: Apesar de se estar a sentir bem... P2: ‘Tar-me a sentir bem, queria calar-me, e eu a pensar ‘pra mim: “já chega! Não é preciso tares a chorar mais.”, eu a pensar ‘pra mim, e eu, não, não conseguia. As minhas lágrimas não paravam. Os meus olhos pareciam duas bicas. E.: Era...? P2: É verdade.	41 Apenas quando P2 se ouviu a si própria dizer-se (em monólogo) que devia parar de chorar, ela fez um esforço para parar, mas mesmo sob a sua direcção, P2 não conseguiu parar: os seus olhos faziam que as lágrimas fluíssem a um ritmo constante e ininterrupto de forma autor-regulada, automática e mecânica, afinal sem a sua vontade.	41-43 P2 entendeu posteriormente que não conseguia sentir qualquer poder de controlo sobre o que o seu corpo e vontade lhe comunicavam que precisava fazer (chorar), mas após sentir que o choro era tranquilizador, P2 voltou a deixar de sentir poder de controlo sobre o seu estado de vigília até adormecer profundamente enquanto se sentia cansada. P2 sentiu que foi alvo de uma sequência de momentos involuntários enquanto lutava por uma procura de momentos mais prazerosos, e sentiu em simultâneo que conseguia assim alcançá-los progressivamente à medida que deixava de controlar o que devia fazer,
E depois, depois chorei, chorei, chorei, e adormeci! E.: E depois adormeceu. P2: Adormeci. E.: Foi.	42 Depois de chorar sem conseguir controlar a sua vontade, entrou num outro estado não controlado, dessa vez o sono, e isso deveu-se ao cansaço da repetição/continuação do choro e da luta emocional contra a dor da perda e da sua não vontade por estar a viver essa situação, mas também devido ao bem-	

	estar que o choro lhe proporcionava e que era simultaneamente tranquilizante o suficiente para que pudesse vir a adormecer. O choro teve em P2 efeitos paradoxais: entre a necessidade de pará-lo e a necessidade de continuá-lo em simultâneo.	seguindo a linguagem do seu corpo.
P2: E depois quando acordei já ‘tava bem. E.: Acordou bem? P2: Acordei. E.: Mas disse que quando estava a chorar também estava bem... P2: ‘Tava! Mas depois chorei tanto, tanto, tanto, que eu adormeci. E depois quando acordei ainda melhor ‘tava. E.: Sentiu-se melhor depois.	43 Poder seguir a sequência sentida como involuntária de: expressão verbal com injurias dirigidas ao médico, choro compulsivo e paradoxal, sono, e retorno à vigília (consciente), foi para P2 benéfico, uma vez que lhe deu oportunidade de se sentir progressivamente melhor consigo mesma face a esse momento da sua vida. [Á semelhança do que acontece durante o sono REM/paradoxal – o mais reparador - em que existe uma grande actividade mental associada a uma hipotonia muscular, também o choro de P2 foi “paradoxal”, no sentido em que associada a uma grande agitação emocional, agitação/confusão mental (com prejuízo da memória), e vontade activa de continuar a chorar, havia também um grau de passividade na vontade activa de não continuar, de dificuldade ou impossibilidade de auto-controlo, e de desresponsabilização. Para além disso, tal como o sono paradoxal, também o choro de P2 – a sua última tentativa de relaxamento e controlo emocional – foi a sua solução mais reparadora naquele momento]	
P2: Sim. Agora, diga-me lá, Dra., porquê? Apeteceu-me. E.: O quê? P2: Chorar. E.: Chorar. P2: E eu chorei! (com convicção e afirmação da sua satisfação)	44 Seguir a sua vontade, sem repressão - primeiro da linguagem, e depois do choro - foi essencial para que P2 pudesse integrar e reformular sentimentos auto-destrutivos, através de tentativas/experimentações diversas de diferentes lugares emocionais e relacionais, com os que a rodeavam e consigo mesma.	
E.: E fez essa pergunta a si? “Porquê chorar?” P2: Sim, fiz!	45 P2 não teve, e não tem, conhecimento dos <i>motivos</i> da	
		45-46 P2 não reconhece a direcção lógica dos

E.: E depois... o que é que... P2: E porquê?! E não houve... e não houve... um... algo que me dissesse alguma coisa... e eu continuei a chorar, até, até me... até adormecer! E.: Porque acha que para chorar naquela altura, precisava que alguém lhe tivesse... P2: Sim, dito qualquer coisa. E.: E como isso não acontecia não percebia porque é que estava a chorar...? P2: Sim.	necessidade daquele choro. Em relação ao choro, sabe que: 1) Não foi espoletado por nada que lhe tenha sido dito por outra pessoa; 2) Derivou simultaneamente da sua vontade e da ausência de controlo que tinha para dominar essa mesma vontade; 3) Conduziu-a ao adormecimento. Os conhecimentos que P2 tem acerca do seu choro levam-na a vê-lo como componente de uma sequência de acontecimentos que teve como consequência o seu adormecimento, e que apenas a implicou a si mesma, sem relação directa com a vontade ou verbalizações de outras pessoas.	seus comportamentos nesse momento, apenas reconhece a sua sequência, a forma como aconteceram, e o seu carácter involuntário e simultaneamente reforçado (paradoxalmente) pelos pedidos de paragem e controlo feitos pelo seu médico. Para P2, seguir o que sentia como involuntário foi uma forma não só de tranquilização como também de afirmação da sua vontade sem contudo precisar responsabilizar-se por essa vontade.
E o Dr. dizia: “cala-te, fala comigo! Cala-te, fala comigo!”. E quanto mais ele dizia “cala-te”, mais eu chorava! Agora, Dra, porquê? Não sei.	46 P2 refere que o aumento do choro foi proporcional ao aumento das insistências do seu médico para que P2 o parasse. A paragem ou continuidade do choro afinal não estava dependente da vontade de ninguém - nem mesmo de P2, ou do seu médico - era algo involuntário, não planeado, e não reflectido, sem motivo explicativo racional compreensível. Para P2, a motivação racional-explicativa estava dissociada da motivação emocional-compreensiva.	
E.: Mas houve alguma..., quan quando é que costuma chorar? P2: Dra, as minhas fontes secaram. E.: Já não chora? P2: (Assente afirmativamente com a cabeça) E.: Desde esse dia percebeu que não tinha a perna? P2: Desde o último dia que tive a chorar no hospital. Nunca mais chorei. Há 4 anos. Há 4 anos, Dra, nunca mais chorei. E.: Chorou tudo ali. P2: Tudo. As minhas fontes secaram por completo. E.: Hum-hum.... P2: Verdade.	47 Poder chorar compulsivamente após a amputação e no ambiente hospitalar, foi para P2 o motivo pelo qual nunca mais voltou a conseguir chorar. P2 sente que nessa altura esgotou toda a sua reserva e meios de produção de lágrimas, e desde aí deixou de saber como “produzi-las” ou onde as encontrar. P2 associa o hospital como o local onde teve o seu último momento com as duas pernas, os seus primeiros momentos amputada, e o seu último momento de choro.	47-48 P2 passou a associar mais um factor negativo aos primeiros momentos pós-operatórios no hospital: a culpa por perder, para além das suas pernas, a sua capacidade de chorar e de se tranquilizar como desejaria.

E.: E antes, costumava chorar? P2: Bastante. Quando me enervava, os, sossegava, ficava mais calminha chorando. Depois acabava! E.: Nessa vez em que se apercebeu que não tinha a perna também tentou acalmar-se chorando...? P2: (Assente) E.: E realmente conseguiu... P2: Consegui mas não... secaram as fontes, nunca mais chorei. E.: ...Mas depois nunca mais conseguiu...	48 Para P2, chorar era um recurso pessoal para se tranquilizar nos momentos em que ficava tensa, até por fim poder por fim à sua tensão. Hoje, sem conseguir voltar a chorar, P2 não dispõe mais desse recurso interno, foi uma perda que se acumulou à perda da sua perna. A angústia própria dos momentos de tensão é agora impossível de se conter ou gerir com a tranquilidade que P2 conseguia através do choro.	
e como é que é agora para si não conseguir chorar? P2: Se eu conseguisse chorar hoje, talvez desabafasse à minha maneira sozinha. Não consigo. E.: Hum-hum... P2: Era, dantes era, não sei, qualquer coisa me fazia chorar. Nem uma coisa muito triste que existisse ou que possa vir a existir ‘pra cima de mim, eu não choro mais.	49 Chorar era para P2 uma forma de poder expressar as suas tristezas e angústias (“desabafar”), acerca de algo que lhe acontecesse sem a sua vontade (que existisse “pra cima de mim”), e que podia fazer sem outras pessoas: era um acto solitário e desresponsabilizador. No presente e no futuro, isto é para P2 uma impossibilidade, apenas há um passado nesta sua capacidade.	
E.: O que é que mudou? P2: Não sei. Não sei.... E.: O que é que mudou em si, não sabe? P2: Não sei. Não sei, Dra. E.: Hum...	50 Porém, P2 não encontra as causas para esta sua incapacidade de chorar.	50-54
P2: Os meus pais faleceram os dois no mesmo dia e na mesma hora, e nós enterrámos os dois, ficaram ao lado um do outro... isso há 22 anos, e... e eu, em vez de me mandar para a campa da minha mãe, mandei-me ‘prá campa do meu pai, eu queria ser enterrada viva, ao pé do meu pai! E.: Mandou-se como? P2: Mandei-me! ‘Pra debaixo... eles estavam a tapar o meu pai com a terra e eu mandei-me.	51 Na procura de antecedentes para a sua dificuldade em chorar, P2 recorda-se de não ter conseguido chorar quando perdeu os pais por falecimento, há 22 anos (18 anos antes de ser amputada), e recorda-se também que nessa altura substituiu o choro pelo acto de se mandar para o mesmo local onde o seu pai estava a ser sepultado. Com a perda dos pais não chorou, agiu como se também ela quisesse morrer com eles. Com a	Para P2, deixar de chorar tem uma dimensão incompreensível e afectivamente distante, e outra dimensão que associa a uma consequência de um esvaziamento e de uma auto-destruição/tentativa de morte com o objectivo de aliviar o desgosto e sofrimento pelas suas perdas (físicas, de consciência, de vontade, de decisão, e de previsão).

E.: Atirou-se lá para dentro da cova? P2: Atirei-me. Atirei-me. E.: Foi...? P2: E depois os coveiros é que me foram buscar. E.: Tinham uma relação muito forte? P2: Muito, com o meu pai. Dra, e eu nem uma lágrima deitei. No dia do funeral dos meus pais. Nem uma lágrima deitei!	perda da sua perna chorou tudo num só momento, como se mandasse o choro para fora de si, esgotando-o, tal como tentou esgotar a sua vida no dia do funeral dos pais. Enterro da vida e enterro do choro, parecem equivalentes simbólicos para P2.	
E.: Mas isso foi antes... Portanto, há uma repetição também... Antes, nesse momento que foi muito forte para si, não é, do funeral do pai com quem tinha uma relação forte, não conseguiu chorar, e agora repete-se também esse... Acha que é uma forma de se estar a repetir outra vez, não conseguir chorar...? P2: Sim...! Secaram-me mesmo as fontes todas, Dra! Já não consigo...	52 Para P2, a ausência de capacidade para chorar aconteceu na sua vida em momentos de forte carga emocional.	
E.: Hum-hum... faz alguma ligação entre o momento que viveu, aquelas emoções que viveu no funeral dos seus pais, e as emoções que vive hoje? P2: Olhe, Dra, não sei se faz, porque nós somos 9 filhos.... E.: Sim... P2: Somos 6 raparigas e 3 rapazes. E eu via as minhas irmãs todas e os meus irmãos pareciam umas madalenas arrependidas, choravam, choravam, choravam, choravam, choravam, eu sei lá, eu dizia assim 'pra elas: "Epah, acalma lá um bocadinho, eles foram hoje, de hoje para amanhã pode ir a gente!". Eu a falar com eles todos! Eu fui, e começaram a chorar, e continuavam, e continuavam, e continuavam! Eu nem uma lágrima deitei!	53 A ausência de choro perante a perda de entes queridos, e do stress emocional associado, é para P2 recordado com uma manifestação de indignação quando se compara com outras pessoas que na mesma situação choraram. Ao recordar a perda dos pais e o seu funeral, P2 oscila entre a recordação de fortes emoções e acting-outs auto-destrutivos ("mandei-me" para a cova – em 51), e a distancia afectiva («"Epah, acalma lá um bocadinho, eles foram hoje, de hoje para amanhã pode ir a gente!". Eu a falar com eles todos!»).	
E.: Mas depois, noutras situações chorou, várias vezes não é? P2: Muitas vezes! Mas nada que se referisse aos meus pais, ou aos meus irmãos, ou... eu quando me apetecia chorar eu chorava, quando não me apetecia chorar não chorava!	54 P2 reforça que a perda dos pais no passado foi a única situação em que não chorou, pois noutros momentos chorava.	
Mas desde que me tiraram a minha perna, chorei o que tinha a chorar na vida, já não choro mais. E.: Foi? Para a vida inteira...	55 A perda da sua perna e a percepção de que foi algo feito contra a sua vontade e feito por alguém que não a própria, foi motivo	
		55-57 P2 sentiu-se impotente perante a obrigatoriedade da perda da perna e

P2: Para a vida inteira. Secaram-me mesmo as fontes. E.: Mas quando diz isso, que chorou o que tinha a chorar para a vida inteira, parece que foi... foi uma coisa que disse a si própria? P2: Não, Dra! Eu não disse a mim própria! Só que eu tenho tido tantas situações, tantas situações para chorar e não consigo chorar. E.: ...que acha que podia chorar, não é...? P2: (Assente) E se eu chorasse desabafava, Dra, eu ficava mais calminha, mas eu não choro. Não consigo, não consigo mesmo chorar. E.: E como é que é para si, P2, perante esta situação de ver que não consegue chorar, e saber que se chorasse desabafava, como é que é para si não chorar? P2: Oh Dra, e agora o que é que a Dra quer que eu faça, não consigo chorar.	para chorar até não mais poder controlar a sua vontade e isso é sentido com impotência.	perante o controlo do choro, e esta impotência remete-a para sentimentos de morte e de perda da sua vida e da vida dos outros (exemplo da perda dos seus pais). Estes sentimentos surgem como consequência da perda que sente da sua própria vida emocional, corporal, e funcional, e da sua motivação para se relacionar com os outros, consigo, e com o mundo, com satisfação e entusiasmo, pois também estes últimos estados de humor são sentidos como sido perdidos por P2. 59-62 P2 sente-se a entrar em contradições e
E.: Mas como é que é para si essa sensação de não conseguir? P2: Não sei, parece que 'tou morta! E.: Sente que está morta?	56 A impotência, ou perda de capacidade para chorar, sentida por P2 é para si como uma perda da sua própria vida. P2 tem com isto a percepção de que está morta.	
P2: Sério! É. Eu pareço que eu falo, e que brinco, e que rio, e que não sei quê, mas por outro lado é por rir e por brincar e por não sei quê... porque eu acho que 'tou morta mesmo!	57 Falar, brincar, rir, e outras acções são feitas sem grande implicação pessoal, onde a sua mobilidade emocional é menor do que aquela que gostaria de ter se não se sentisse "morta".	
E.: Como é que é para si achar que 'tá morta e fazer as coisas todas na mesma? P2: Sei lá, Dra, sei lá, sei lá, sei lá. E.: ...Como é que é isso? P2: Não sei, não sei, não sei. Não sei explicar a razão porquê. Não sei. E.: Não o porquê, como é. Como é isso? Como é que se sente? P2: É isso, não sei explicar.	58 É impossível para P2 encontrar os motivos do sentimento de estar morta e não conseguir chorar, não encontra explicações.	
Às vezes digo assim: "Oh pah, mas porque é que não me dá vontade de chorar?"! E... eu penso nisto e penso naquilo e penso no outro e penso em tudo, e depois não penso nada. Penso em	59 Ao pensar nas causas, P2 entra em ambiguidade de pensamentos e sensações ("penso nisto e penso naquilo e	

tudo, mas de repente não penso em nada. É verdade, Dra.	penso no outro e penso em tudo, e depois não penso nada. Penso em tudo, mas de repente não penso em nada.”), o que pode ser mais uma forma de entrar em contacto com aspectos seus paradoxais.	em pensamentos ambíguos, confusos, e desconfortáveis nos momentos em que não se relaciona com outras pessoas e se dirige a objectos inanimados com os quais não pode obter diálogo ou relação recíproca. P2 sente-se frustrada com as suas tentativas para sair das suas dúvidas, ambiguidades, e sensações de loucura e angústia, pois não encontra formas de compreendê-las ou de resolvê-las sozinha ou com objectos inanimados. Com isto, P2 passou a duvidar da sua existência em alternância com a inquietação trazida pelas certezas concretas e sentidas que consegue através da prova da realidade que obtém pela sua visão e pelo seu juízo crítico. Assim, P2 tem consciência que oscila entre estados de inquietação, angústia, sensações de morte ou de ser transparente/invisível, e estados de maior tranquilidade, e os dois estados são para P2 antagónicos e inconciliáveis.
E.: Hum-hum... Estava a dizer que ri por rir, fala por falar, O que é isso para si de falar por falar? P2: É... então eu às vezes estou em casa, sozinha, começo a falar – eu a pensar a falar sozinha como os malucos – e de repente digo assim para mim: “ mas eu ‘tou a falar para quem? Para as paredes? Pós móveis? Não ‘tá aqui mais ninguém em casa se não eu!” É verdade! E.: E sabe que está sozinha, não é? P2: E sei que ‘tou sozinha! E é verdade Dra! E.: Esse falar por falar é o quê?	60 P2 confronta-se com a sua ambiguidade e paradoxos quando está sozinha e percebe que está a falar para coisas que são inanimadas, que são “mortas” (p.e. móveis, paredes), das quais não obtém respostas ou possibilidades interactivas.	
P2: E depois a minha distração é a televisão. Às vezes ‘tou a ver certas coisas – agora só ouço, ‘né [depois de cegar] – mas quando via, via as cenas na televisão, ou cenas bonitas, ou cenas não bonitas, ou sangues, ou ferimentos, ou filmes de porrada, ou não sei quê, e eu dizia assim ‘pra mim: “Epah, mas tu deves mesmo ‘tar ficar maluca!”, e depois eu dizia assim, eu começava a rir, ou entre as mortes, ou entre os feridos, ou entre não sei quê, e eu dizia assim ‘pra mim: “Epah, tu ‘tás mesmo a ficar maluca!”. E tenho, às vezes, Dra, tenho sensações que ‘tou mesmo a ficar passada da cabeça.	61 P2 faz a tentativa de sair da ambiguidade buscando ver ou ouvir televisão, mas esta tentativa é frustrada porque a mesma sensação ambígua e que não lhe traz qualquer sentido lógico volta a instalar-se em P2, quando está perante qualquer situação tem sempre a reacção de rir, mesmo perante situações conotadas como de impacto emocionalmente forte e negativas. P2 tem desenvolvido juízo crítico acerca do conjunto da sua situação emocional e cognitiva, pois para si tudo o que faz é visto por si como a constatação de que algo não está bem consigo. Porém, esta é também uma situação para a qual P2 não tem encontrado saída ou forma de lidar de modo menos angustiado.	
E.: Que sensações são essas? P2: Sei que tenho... só tenho sensações que Tou transparente! Verdade. Sinto-me mesmo transparente. Depois olho para mim e é tudo mentira. E.: Transparente é o quê? P2: Eu a pensar ‘pra mim! E eu... epah tu tas bem ou não tas bem, ou tas mal ou não tas mal,	62 Ao sentir-se desadequada perante as suas situações de vida quotidianas, P2 reforça a sua convicção de que está a agravar a sua perturbação ao longo do tempo uma vez que, com frequência, sente-se transparente e entra novamente em ambiguidade e dúvida acerca da realidade que percepção, alternado com a prova visual de que as suas sensações a	

	enganam, uma vez que ao olhar para si consegue ver-se. P2 não duvida do que vê, e isso tranquiliza-a, mas dúvida do que não vê e apenas sente, e isso inquieta-a. Não só P2 e o mundo parecem ocupar lugares dicotômicos (em 61), como também ela própria – internamente - pode oscilar entre estados dicotômicos e inconciliáveis (“E eu... epah tu tas bem ou não tas bem, ou tas mal ou não tas mal”), e isto é sentido com grande inquietação e dúvida acerca de si mesma, das suas percepções, e da forma como deve relacionar os seus pensamentos com as suas sensações, uma vez que os dois parecem não ter formas de ligação compreensíveis.	
e muitas vezes, Dra, as minhas situações é eu adormecer. A sério, que eu tou a ficar mesmo maluca! Qualquer dia dou com a cabeça na parede. ‘Tou mesmo a ficar maluca!	63 Perante estas inquietações e o medo de estar a tornar-se perturbada (“maluca”), P2 encontra como solução frequente dormir, que será uma forma de não ter de continuar a confrontar-se conscientemente com as suas ambivalências e dicotomias pensamento/emoção/sensação.	
E.: Dna P2, explique-me lá... o que é isso de estar transparente? De se sentir transparente, é o quê? P2: Dra, parece que não tenho massa encefálica. Parece que a minha cabeça é só serradura. Sério. Às vezes sinto a minha cabeça tão oca, tão oca, tão oca, parece mesmo que a massa encefálica se ‘tá a ir embora, e que eu fico com a cabeça cheia de serradura. E.: O oco é o estar vazio, não é? P2: É o estar vazio, e é o estar sempre nervosa. E.: Esse estar nervosa tem a ver com esse estado de vazio, de sentimento de estar vazio? P2: (Assente) É. Tem.	64 A sensação de estar transparente, oscila para P2 entre a sensação de não ter nada útil dentro de si e a sensação de que o seu interior está vazio, e essas sensações são acompanhadas por um estado ansioso.	
(Silêncio) Ele [o companheiro] ainda há bocado me disse: “epah, tu tas mesmo a ficar maluca! Tas a ficar maluca e tas a pôr-me a mim maluco!” (ri-se). E depois eu dá-me vontade de rir, quando ele fala. E.: Hum...	65 A percepção de que P2 está a tornar-se cognitiva/emocionalmente perturbada é corroborada por outras pessoas como o seu companheiro, ou o seu médico (visível no ponto nº 32). Á medida que P2 vai valorizando a sua incerteza acerca de si própria, e do que percebe acerca de si mesma, e vai sendo	65-66 P2 vê o seu estado como perturbado e a ser confirmado não só por si como também por outros (esposo e médico). Sendo que os outros estão na sua vida para confirmarem o seu infortúnio, as

	confirmada por outros, P2 vai tornando-se mais convicta da sua incapacidade, consolidando-a e confirmando-a quando se ri acerca de algo que a perturba e preocupa – reforçando a ambiguidade e o paradoxal.	suas perdas (de lucidez, e da perna), para reforçarem a sua desresponsabilização e falta de poder pessoal de decisão e escolha, e isso traz-lhe, por um lado, uma sensação de incapacidade e insuficiência, e por outro lado, a confirmação de que os outros são também incapazes ou então não querem ajudá-la intencionalmente.
P2: Eu tou, tou a arranjar os dentes de baixo - para tirar os dentes todos - já apanhei doses **. Eu comecei a arranjar os dentes... em... Novembro. Depois ele foi trabalhar para Espanha. E eu disse-lhe assim a ele: “ Olha, tu és um santinho de um homem, fizeste tudo por tudo para eu ir começar a arranjar os dentes...”, tiraram-me os dentes todos de trás, agora só tenho os dentes da frente. Eu ‘pra ele: “...só tenho os dentes da frente.	66 Na procura da compreensão para a sua perturbação, P2 refere outras sensações de perda (dos dentes) que não dependeram da sua vontade, mas deveram-se à vontade e acção de outros, e foram efectuadas em prol de um “bem maior” (o tratamento), mas que não foi completo ou concretizado (totalmente). Assim, na perda há, para P2, também uma sensação de incompletude, insuficiência, e ineficácia da parte das outras pessoas responsabilizadas por P2.	
Agora, como te apeteceu ir trabalhar para Espanha...”, e eu disse: “...a mula fica assim com os dentes até à espera de ter outra vez a vista, e de poder chamar um táxi ‘pra ir todos os dias tratar da boca outra vez”. “Agora podes...”, ele para mim: “Agora podes esperar mais um ou dois meses”. É isso, Dra., ‘tá a ver? É isso que eu não gosto de ficar contrariada. É isso que ele me ‘tá sempre a contrariar.	67 Após a amputação seguiu-se a cegueira, e com isso o aumento das suas dificuldades pessoais de mobilidade, acção, e responsabilização. P2 sente-se tensa ao pensar que tem de esperar pelo regresso da sua visão para poder continuar a realizar o seu quotidiano autonomamente, e também tem a sensação de estar dependente do tempo, ritmo, e decisão de outros. Estes acontecimentos vão contra a sua vontade e chocam com o seu conceito de realização pessoal: não se sente capaz de se concretizar. Há uma tensão interna criada pela espera e esperança por um momento melhor mais autónomo na sua vida e o constante adiamento dessa “vinda” ou mudança positiva (que tem tardado a chegar), e, ao mesmo tempo, uma tensão relacional com outros, nomeadamente com o seu companheiro: quando ele próprio impõe mais demoras devido às suas próprias necessidades, sentindo assim P2 que é ele que contribui para	67-70 P2 sente-se entre a tensão de vir a ser autónoma e livre de constrangimentos e impedimentos que são alheios à sua vontade, e a tensão de se sentir dependente das decisões e tempos de acção dos outros. Com isto, P2 sente-se ligada ao companheiro por obrigação e não por vontade e escolha própria, e isso reforça sentimentos de frustração e desilusão: P2 não sente que o que gostaria que de ser actualmente, e refere que isto acontece devido à sua dependência de terceiros, sendo o seu passado idealizado como um momento em que foi livre independente, e alegre.

	um aumento da sua tensão.	Com isto, P2 conclui que o seu único problema actual é o facto de se perceber totalmente dependente de outras pessoas e objectos adaptados às suas dificuldades, e isso fá-la sentir-se “vazia” de si mesma.
E.: Hum-hum... hum-hum.... Nessa sua experiência relacionada com a amputação, houve algum momento em que sentiu essa contrariedade, sentir-se contrariada? P2: Muito. Muito, Dra, porque eu não posso ir sozinha um dia. Olhe, eu se quiser um café tenho que lhe pedir a ele para me ir ao café buscar um café, se quiser ir aqui tenho que lhe pedir a ele ‘pra ir comigo, se quiser ir a outro lado tenho que lhe pedir a ele ‘pra ir comigo, e é isso, Dra, que eu não queria! Porque eu sempre andei à vontade, sempre corri, sempre brinquei, sempre pulei, sempre não sei quê, tudo à maneira, e não precisava dele ‘pra nada. E agora, enquanto agora preciso dele ‘pra tudo. E.: E agora precisa... e não queria precisar. P2: E não queria precisar! E.: Hum-hum, é isso que a contraria...? P2: É por isso que eu vivo muito contrariada.	68 Depois da amputação, por um lado P2 deixou de sentir que possa cumprir as suas decisões sozinha, por si só, e com isso deixou de poder idealizar-se como auto-suficiente e independente do seu companheiro, como se estivesse com ele sem precisar dele para “nada”. Com isto P2 desiludiu-se (perdeu a ilusão) com a imagem que construiu a seu respeito e da sua relação com o seu companheiro, imaginada como “não-relação”. Por outro lado também sente que a única companhia mais assídua que na realidade tem não é a que P2 gostaria e isso deixa-a novamente frustrada. Nestes aspectos, P2 funcionou no passado num “regime totalitário” do “nada”, e no presente, após a amputação, continuou a funcionar num outro “regime totalitário” do “tudo”, e isso fá-la perceber que está a funcionar em desequilíbrio e em tensão. Existe uma contrariedade para P2 que a coloca entre um passado idealizado onde “antes” não precisava do companheiro para nada, e um presente frustrado onde “agora” precisa dele para tudo. Mantém-se a mesma situação conjugal: vivem juntos, mas P2 alterou a sua percepção acerca dessa convivência, embora continuando a responsabilizar os factores externos por esta união.	
Só nesse sentido, Dra, de resto ‘tá tudo óptimo, tudo óptimo ‘pra mim agora....	69 Para P2, é a percepção da sua relação de dependência actual que constitui o seu único problema.	
E.: Hum-hum... essa contrariedade, essa questão de sentir-se contrariada, acha que tem alguma coisa a ver com aquele sentir-se “vazia”? Está relacionado, ou não? P2: Sim, sim, sim, muito, muito, muito... E.: Em quê que se relaciona? P2: Muito, porque... e,	70 P2 relaciona a contrariedade que sente acerca da sua nova vivência da sua dependência do companheiro, com o seu sentimento de estar “vazia”.	

olhe, agora o... outro caso agora, eu agora não vejo. Tenho de lhe pedir a ele – porque a minha mobília do quarto, a cama é de ferro e é clarinha, é branca	71 P2 “responsabiliza” algo (cama branca e cegueira) pelo facto de não ver e como consequência isso aumentar a sua dependência do seu companheiro. É porque a cama é branca que P2 não vê, e não porque está doente e cega. E é por isso que P2 precisa de pedir ajuda ao companheiro agora.	71-73 A somar às perdas anteriores, P2 sente a busca pela sua independência e liberdade constantemente adiada, agora também devido à sua cegueira, e isto reforça os seus sentimentos de desresponsabilização, dependência, e incapacidade.
– tenho que lhe pedir a ele ‘pra ir à gaveta buscar uma toalha,’pra eu me lavar por baixo e ‘pra me limpar, tenho que lhe pedir a ele ‘pra pôr a toalha de rosto, tenho que lhe pedir a ele ‘pra pôr a toalha do banho, tenho que lhe pedir a ele ‘pra pôr o chinelo aqui, tenho que lhe pedir a ele ‘pra pôr a roupa na cama, pronto, em cima da cama, que eu a vá vestir,	72 Como consequência da sua cegueira, P2 precisa do seu companheiro para ele se mobilizar na busca de objectos que servem aos cuidados íntimos e pessoais de P2.	
eu agora preciso dele ‘pra tudo, Dra., e é nisso que eu ‘tou a viver constantemente agora contrariada enquanto não tiver a minha vista. Porque eu depois de ter a minha vista já não preciso que ele me faça isso, que eu vejo! Agora enquanto eu não vejo é mentira! E.: Sente-se mais contrariada agora desde o problema da vista...? P2: Sim, agora muito mais contrariada.	73 Foi com a cegueira que P2 viu aumentada a tensão que sente entre a sua independência e a relação de dependência com o seu companheiro.	
E.: Mas estava a dizer-me, em que é que se relaciona esse sentir-se contrariada com aquele sentimento do vazio, do oco? Em que é que se relaciona? P2: Relaciono-me em tudo e não me relaciono em nada! E.: Explique-me melhor isso melhor... P2: (Ri-se) Pois, é... E.: Como é que é? P2: (Ri-se) Porque eu às vezes penso que ‘tou mesmo a ficar doida, que ‘tou mesmo a ficar maluca, e depois digo assim ‘pra mim: “Epah, mas tu não és maluca! Tu ainda tens o teu juízo! Tu ainda tens o teu pensar! Ainda tens isto, ainda tens aquilo!”, mas de repente, Dra, parece que não tenho nada outra vez!	74 P2 vê-se com ambivalência, onde em simultâneo é capaz de se relacionar totalmente com o mundo e os outros pela dependência e cair na sensação de ausência de relação quando está sozinha e livre da sensação de dependência. Para P2, não há constância, há antes uma oscilação de sentimentos, onde não há segurança interna e externa suficiente para poder confiar e agir sozinha, e isso é manifesto quando P2 alterna entre a confiança e juízo crítico positivo acerca da sua saúde mental e a desconfiança e juízo crítico negativo dela, atitudes antagónicas e inconciliáveis à sua compreensão.	74-77 P2 sente que oscila entre a sensação de relações dependentes, e a sensação de não-relação, de independência. Em ambas as situações, P2 é susceptível de se sentir vazia, quer pelo que se sente preenchida (e que não corresponde à sua vontade e por isso não identifica como sendo “seu”), quer pelo que não sente e que não encontra em si mesma. Estas duas experiências aparentemente antagónicas têm afinal algo em comum, o vazio e os

		sentimentos de tensão, inquietação e incerteza quanto à sua capacidade de ser concreta e sem ambiguidade e confusão.
E.: ...Isso é uma 'contrariação mesmo dentro de si, mesmo consigo...? P2: É! Mesmo comigo... mesmo.... E.: Você contraria-se a si também...? P2: Propriamente. E.: E esse vazio tem a ver com o achar com "eu não tenho isto, não tenho o pensamento, não tenho...", é isso?! P2: Não tenho... é. É. E.: Mas noutros momentos vê que tem. P2: Que 'tá, 'tá, 'tá tudo bem!	75 Existe uma contrariedade interna, onde P2 está em conflito consigo mesma, de forma muito íntima e isolada da sua relação com os outros, onde P2 oscila entre a avaliação do que a preenche interna e isoladamente - o que tem e o que pensa - e a avaliação dos vazios que ocupam o seu "interior": o que não tem e o que não pensa.	78-81 Nos momentos em que P2 sente a sua tensão em estado máximo, considera-se movida por sentimentos de raiva que dirige aos outros de quem se sente dependente, e assim, P2 inverte a ameaça à sua integridade psicológica (quando entre em ambiguidade e dúvida acerca de si mesma), dirigindo-a como ameaça e desejo de morte/aniquiação desses
E.: Hum-hum. É aqui que se encontra esta contrariedade do vazio que tem a ver com os nervos... P2: É. É aqui. Sim, é. E.: Hum-hum. Estes nervos... há bocadinho falava dos nervos que tem a ver com o oco, sentir-se oca... P2: Dra., eu às vezes quando me sinto oca, eu digo assim 'pra mim: "Epah, tu tas memo a ficar maluca!", mas de repente vem-me o raciocínio todo à cabeça outra vez! E.: ãh-ãh.	76 O sentimento de tensão emocional acompanha o sentimento de estar interiormente vazia, ou oca, e acontece quando P2 oscila nas suas certezas, duvidando da sua saúde mental e da qualidade dos seus raciocínios por vezes em pequenos instantes de tempo. Oscila entre a certeza e a incerteza, entre o tudo e o nada, e entre a saúde e a doença, sem estados intermédios, onde a ambivalência prevalece e faz instalar a "con-fusão".	
Quando diz 'pra si: "Epah, tas mesmo a ficar maluca!", como é que se sente? Que sentimentos é que surgem? P2: Dra, tenho momentos que se eu tivesse alguém ao pé de mim eu dava-me vontade de matar as pessoas. E.: Hum. P2: Sério. E.: É? Que momentos são esses? P2: Dra, e o que eu digo, é o momento das loucuras. E.: Sim. P2: E isto é tudo derivado aos nervos que eu tenho em cima de	78 P2 refere que nos momentos em que se sente "louca" sente que existe uma tensão emocional que se coloca "em cima" de si, e refere também que nesses momentos coloca a hipótese de poder vir a ter vontade de matar as pessoas que se pudessem colocar próximo de si. Nesses momentos P2 receia a hipótese de se tornar uma ameaça para os outros por se considerar dependente deles e das suas acções e desejos, sentindo-se sem controlo sobre as suas emoções e vontades mais agressivas e violentas.	

mim.		outros. Nesses momentos, P2 sente-se indiferente, ou emocionalmente distante das consequências mortais das suas acções, pois é algo que faz porque sente desejo, mas não sente que tem consciência da totalidade das suas implicações. P2 sente-se no impasse entre a percepção de que não tem controlo porque está “fora de si” (“em cima de si”), como que falseando-a, e algo que tem vontade de fazer quando sente aquele tipo de raiva (algo sentido também como algo que não controla, o seu humor).
------	--	--

E.: Que momentos... lembra-se assim de um momento desses? P2: Olhe, eu vou só contar esta história à Dra, (ri-se): o meu F. [companheiro] estava a dormir. Sozinho. Na cama. Eu chamei-o, já não sei 'pra quê, e ele disse-me assim 'pra mim, 'tava bem a dormir, e acordou e disse-me assim 'pra mim: "Agora 'tou a descansar...!". Eu disse-lhe assim: "Ai tas?!". Fui na minha cadeirinha... cheguei ao quarto - eu tenho 5 assoalhadas, e tenho um corredor de 16 metros – fui na minha cadeira, na minha cadeira, pus uma jarra de vidro assim no lado da cadeira [sussurra]. Cheguei à porta do quarto - mas aí ainda tinha, ainda tinha a minha vista – " 'Tás a descansar?", " 'Tou. 'Tá na hora de eu descansar!". Olhe, agarrei na jarra, Dra, [a sussurrar], mandei-lhe assim a jarra à cabeça, ele teve um reflexo tão grande, tirou a almofada da cabeça e meteu a almofada em cima da cabeça dele. A jarra, conforme bateu na parede – era de vidro – partiu toda. [Mantém tom de voz baixo] Ele não teve um arranhaozinho. Eu nesse dia ia mesmo pró matar. E.: Hum-hum... é um desses episódios... P2: Um desses episódios E.: Em que sente que está, em que sente a loucura... P2: Exactamente. E.: Nesse momento em que pegou na jarra para mandar... P2: Não, mandei mesmo!! E.: Mandou. Mas no momento em que 'tava a pegar na jarra para a mandar... P2: Não, não senti nada. Só senti... E.: ...o que é que a levou a fazer isto? P2: Dra., senti tanta raiva! E.: Raiva...!	79 P2 refere que nesses momentos de "loucura", pode mobilizar-se no sentido de poder agredir ou mesmo matar outra pessoa, (como aconteceu num episódio com o seu companheiro), movida exclusivamente por sentimentos de raiva. O episódio que relata esteve relacionado com um momento em que P2 sentiu-se muito agitada, a nível motor e emocional, em contraste com o repouso que observou no seu companheiro.	
--	--	--

P2: Dra., a minha reacção foi só agarrar na jarra e mandar! E.: Ok, foi é raiva que surge, surgiu... P2: Eu tanto dava que o matasse como se deixasse de o matar!	80 Num momento de raiva, para além da sua direcção poder ser precisa e planeada, existe também um sentimento por instantes de indiferença e distanciamento afectivo acerca das consequências, mesmo que possa ser mortais.	
Depois, pedi-lhe desculpa. 'Tá a ver, Dra., como é que eu ajo **? Isto é tudo uma camada de nervos que eu tenho em cima de mim! Tudo.	81 Após a expressão da raiva através da sua mobilidade simultaneamente planeada/reflectida e irreflectida/instantânea/não controlada, P2 sentiu necessidade de se desculpar. Para P2, o motivo dos seus momentos de loucura associados à sua amputação e, mais recentemente, também à sua cegueira, prendem-se exclusivamente com tensões emocionais que sente mas que não estão sob o seu controlo, pois elas estão "em cima" de si, como que ocupando um espaço seu, sem o seu consentimento, sem a sua permissão. São sentimentos invasivos através dos quais P2 vai-se vendo a ser alterada.	81 Apesar da sensação de não ter controlo sobre as suas acções, P2 tem momentos em que ainda percebe o que é feito por si, ainda que com a sensação de não ser responsável, e nesses momentos percebe que algo está a perturbá-la, não identifica o que poderá ser, mas pede desculpa por, de algum modo se sentir culpada ou responsável.
E.: Ok... nós vamos terminar, vou apagar isto [o gravador], 'tá bem?... Pronto. [Ainda continuámos a conversar por mais alguns minutos, sem gravação, e no final despedimo-nos e voltei a agradecer à Dna. P2., pela sua disponibilidade e confiança.]		

ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-PSICOLÓGICA

Participante 3 (P3)

Homem de 32 anos, com amputação traumática do braço direito devido a acidente de moto

Unidades de significado (linguagem do participante conforme <i>Lebenswelt</i>)	Significado psicológico (perspectiva psicológica sem terminologia técnica específica e sem frases do participante)	
Entrevistadora: O que eu lhe peço é que se tente lembrar de um momento que tenha sido mais marcante, que tenha tido mais significado, que esteja relacionado com a sua amputação. P3: Isto é... mas, problemas que eu tive, ou ...? E.: O que queira. Aquilo que sinto que tenha sido mais marcante. P3: Eu levei algum tempo a ... a aperceber-me que não tinha o membro, e a coisa que mais me marcou foi – porque eu tinha e tenho as dores fantasma, que é continuo a pensar que tenho o braço - e o que mais me marcou foi eu não saber, não sabia que ‘tava com isto, mas sentia tudo, e depois quando comecei-me a aperceber que não tinha, que não tinha um braço,	1 Atendendo ao pedido da investigadora, P3 refere que o momento mais significativo relacionado com a sua amputação foi quando se apercebeu que tinha ficado sem o braço apesar de ainda senti-lo e ter dores nele. Para P3 sentir-se surpreendido com o paradoxo de não ter braço e mesmo assim senti-lo foi um primeiro momento marcante relacionado com a sua amputação. P3 sentiu algo de inexplicável e misterioso, que não lhe fazia sentido no momento.	1-2 P3 assinala como a sua maior dificuldade relacionada com a amputação, conseguir integrar em si mesmo perspectivas antagónicas, perplexas, e que lhe causam dúvida e incerteza face à forma como deve agir e actuar com a situação no seu quotidiano que antes lhe eram seguras e familiares.
as coisas mais, mais, mais simples, como atar o sapato, ou atar um cordão, ah.. ou mexer-me, ou escrever, fazia-me tudo confusão!	2 Com base na complexidade da situação paradoxal que observou acontecer em si, P3 sentiu-se confuso e com dificuldade em se mover para a realização de actos quotidianos e antes habituais nas suas rotinas.	
Eu... acho que o que me custou mais foi mesmo... <i>aperceber-me...</i> da situação. Inicialmente eu ... não queria, <i>não queria acreditar</i>, porque achava, <i>achava</i>, que era quase o fim do mundo.	3 Nos momentos iniciais, P3 fez negação da sua amputação porque considerou que esta significaria o final de tudo o que conhecia e podia fazer anteriormente, e isso era algo que P3 não estava emocionalmente disponível para aceitar.	3-6 Inicialmente, P3 quis negar a amputação por considerar que esta implicaria a obrigação do final de todas as actividades que conhecia e das quais retirava

Porque eu tinha uma vida, <i>tinha</i> , uma vida um bocado... activa, fazia bodyboard, fazia surf, fazia... <i>fazia mil e uma coisa</i> , jogar futebol, e depois comecei-me a aperceber.	4 Perceber que tinha ficado sem o seu braço, significou para P3 que iria ser obrigado a cessar todas as actividades que gostava de fazer e das quais retirava satisfação.	satisfação e assim P3 posicionou-se entre a perda irreparável do seu passado e um presente e futuro incerto, fora das suas previsões/planos/projectos, e sentidos como fora do seu alcance em termos de capacidade para o pensar ou realizar.
Quando eu me comecei a aperceber das coisas que eu tinha, pensava “e agora? O que é que eu vou fazer?”, não é? Aquela incerteza, aquela...	5 Pensar do passado antes da amputação foi sentido como uma perda de algo querido e da sua própria vida tal como a conhecia e se identificava, e isso foi acompanhado por um sentimento de incerteza face ao seu presente e futuro.	
até eu me aperceber mesmo o tão, tão mau da situação, né, acho que a coisa que mais me marcou foi, foi isso mesmo, foi a incerteza, o que é que eu ia fazer da minha vida, como é que eu ia trabalhar, como é que eu ia arranjar dinheiro para comprar uma casa,	6 P3 refere que na origem da sua inquietação inicial face à confrontação com a sua amputação estive a vivência de uma incerteza face à continuidade da sua vida tal como a conhecia e tal como havia planeado. A possibilidade de ter de abdicar dos seus projectos e modos familiares de fazer as coisas, era para P3 algo que o colocava inseguro, sem certezas de ser capaz e de como fazer.	
eu acho que... por muito que as pessoas estejam preparadas para uma situação dessas nunca chegam sem estar lá, porque eu dizia, as pessoas diziam, “ah, isto não há-de ser nada, tu hás-de fazer, tu continuas a viver, tu também és uma pessoa!”, mas eu cá sabia, e sei, que sou uma pessoa, né, mas as coisas que eu fazia já não vou poder fazer, ou pelo menos iguais.	7 O que outras pessoas pudessem dizer acerca da forma como P3 viveria dali em diante era sentido por si como algo em que não poderia confiar, pois a vivência daquela perda e a antevisão das suas consequências davam-lhe a confirmação de que tudo iria ser modificado e dificultado na forma como teria de começar a viver o seu quotidiano e cumprir os seus projectos de futuro.	
E isso é o que me marcou mais, é mesmo essa situação. E, e ainda, <i>e ainda agora...</i> as coisas mais simples que a gente faz, sem se aperceber, e eu às duas por três... a pessoa normal não nota, não dá valor.	8 P3 sente que a dificuldade da vivência de se ser amputado só pode ser experienciada na primeira pessoa, e tem a crença de que quem não tem amputação não se apercebe do facilitismo das suas vidas e por isso não valoriza esse aspecto. Esta crença é baseada exclusivamente na sua experiência pessoal e surgiu depois de P3 perceber que só começou a compreender a importância dos seus membros depois de ter sido amputado.	
		7-9 P3 teve a percepção de que teria de viver sozinho mudanças radicais que lhe iriam dificultar o quotidiano e o cumprimento de projectos, e simultaneamente reforçar a valorização do seu passado considerado por si como perdido, tal como as suas capacidades motoras perdidas, e o sentimento de inutilidade da sua vontade e dos seus desejos de locomoção.

É normal, as coisas fazem-se por instinto. E eu, por mais que queira não... o movimento sai mas a coisa não se faz	9 P3 entende que sem que exista um acontecimento traumático, a consciência e percepção corporal é naturalmente espontânea e não reflectida em todas as suas dimensões. P3 confronta-se agora com o facto de já não poder usufruir da “normalidade” e da forma comum de perceber o seu corpo, (“por instinto”), e com o factor acrescentado de que mesmo reflectindo conscientemente e investindo a sua vontade dirigida ao objectivo de movimentar o braço amputado, já não há qualquer forma de poder executar e concretizá-lo. É sentido por P3 que há uma vontade e uma direcção concreta, mas há também uma ausência de poder e capacidade. P3 isola aquilo que é do âmbito da sua vontade e aquilo que é do âmbito da sua capacidade, isto é: a percepção dos seus novos limites e das suas familiares capacidades de se superar através da sua mobilidade interna volitiva.	9-10 Apesar do reconhecimento das suas actuais incapacidades e limites, por vezes, P3 alimenta uma esperança em conseguir realizar ainda alguns movimentos com o coto, ainda que sem o braço. Isto coloca-o na experiência dualista entre uma sensação de estranheza e de falta de ligação entre a sua percepção (do braço com dor – “membro fantasma”) e a realidade objectiva (ausência do braço e ausência de movimentos concretos e realização de acções concretas e visíveis).
E.: Dessas <i>coisas</i> todas qual é aquela que para si é mais importante? P3: Mais importante para mim é não ter o braço e trabalhar normalmente... não... E.: Mas coisas que diz que antes fazia e que agora faz de maneira diferente, dessas coisas, ou actividades, não sei... de que se está a referir, quer dar um exemplo duma delas? P3: Eu... todas... aquelas coisas que eu referi, todas elas inclui, englobava o movimento do braço, e... eu não tou a ver nenhuma assim coiso, mas eu só não poder fazer, não sei, é...	10 A confirmação concreta da sua incapacidade de acção, de trabalho, de movimento do braço, e de assim, com isso, alcançar a normalidade, é para P3 o mais importante na sua experiência de ser amputado. A normalidade seria para P3 poder concretizar os movimentos desejados, porém existe o conflito de, com a percepção do seu braço (agora amputado) ser algo difícil de viver para P3. Há em P3 uma sensação de estranheza e de falta de ligação entre a sua percepção (do braço com dor – “membro fantasma”) e a realidade objectiva (ausência do braço e ausência de movimentos concretos e realização de acções concretas e visíveis), pois, há em P3 um corte de ligação entre a sensação percebida e sentida subjectivamente, e a realidade concreta da acção que é visível e comprovável empiricamente.	

se calhar, sei lá, eu adorava fazer caça submarina porque, ou bodyboard e... é uma das coisas que... porque eu vou pra praia, ou vou pra piscina, e eu quero, porque eu ando a nadar, eu quero movimentar o outro braço e não sai!	11 Para P3 as suas experiências antes da amputação eram mais e mais diversificadas, onde não havia tanta espera ou momentos de paragem ou abrandamento e não havia também ausência de movimento na sua vida. No presente, após a amputação, P3 entra em conflito entre a sua vontade de se movimentar com o braço no passado, e com a sua incapacidade para o fazer e para o fazer interagir e agir sobre as coisas do mundo. Antes o alcance, o acesso era possível, (estava “à mão”), agora não directamente.	11 Quando pensa nas suas experiências relacionada com a amputação, P3 dá preferência às experiências realizadas no passado, antes da amputação.
Não sai, pronto, não existe, não é. Eu fui pra piscina porque pensei que o movimento dentro de água é mais fácil, e eu como tive muitos anos a fazer aquele movimento o cérebro registou, devia ter registado, pensei, se calhar vou pra piscina e eu começo a dar ordens aqui a este bocadinho e ele começa a querer mexer, mas não... não tive sorte, não tive, ou não tenho. Acho que não...	12 P3 tentou movimentar o coto restante do seu antebraço como forma de testar a ligação que lhe era familiar entre o comando da sua vontade e a sua execução. Para isso usou a estratégia de fazê-lo num ambiente onde o peso do corpo diminui, e com a esperança de isso poder vir a ser facilitador da tarefa, e levou consigo a sua crença de que as redes mnésicas neurológicas continuassem de tal modo activas que ainda conseguissem activar a mobilidade funcional, pelo menos do segmento corporal restante, uma vez que a hipótese de mobilizar o braço ausente foi colocada de lado apesar do conflito de percepções.	12-13 P3 refere que tentou ligar a sua esperança e crenças acerca de alguma repetição de experiências passadas, com medo inicial, e depois contra-investimento do medo com progressivo aumento da dificuldade das tarefas e consequente frustração após excesso de aumento das dificuldades e limites a superar, pois, para P3 a superação dos seus limites tornou-se algo difícil de realizar.
E.: Consegue descrever essa experiência de estar na piscina, a tentar nadar, está a dar ordens ao braço, P3: É muito estranho, sabe, eu creio, é assim, a primeira vez que entrei numa piscina entrei com medo, será que eu não vou ao fundo, né, depois apercebi-me que conseguia, e depois tinha de fazer o movimento, porque eu nadava, este braço fazia tudo, mas do outro lado queria ajuda pra poder respirar, virar a boca pra fora, e o movimento não saia! Tinha de estar sempre, cada vez que mexia este braço tinha que parar.	13 P3 descreve a sua primeira tentativa de ligar as suas ordens e vontade de movimento à efectiva realização de mobilidade do coto e do resto do seu corpo, como uma experiência inicialmente com medo de não conseguir segurar o corpo à superfície. Depois de perceber que essa tarefa era realizável, P3 recordou que antes da amputação conseguia nadar e com essa recordação lançou-se a uma nova experiência, de tentar nadar sem o braço, a qual foi uma experiência frustrante porque era diferente das outras vezes em que nadou no passado (com os dois braços) e porque não conseguia fazer o movimento executar-se. P3 testou a sua capacidade de movimento e acção, através de	

	um progressivo aumento da dificuldade das tarefas, aumentando gradualmente os desafios e testando os seus limites corporais e psicológicos (o limite da amputação e o limite da frustração). Este movimento de investida foi iniciado com medo, continuou através de um aumento de confiança, e culminou numa frustração da sua intenção inicial e consequente paragem do movimento, por isso foi progressivo, e sequencial.	
E a única maneira que eu conseguia nadar mais ou menos é, eu não sei como é que se chama aquela maneira, prontos, não é de bruços..? E.: De bruços... P3: De bruços, exactamente. A única maneira que eu conseguia nadar sem... sem dificuldades pra respirar. É.	14 P3 descobriu através das suas investidas que, dos estilos de mobilidade na água que antes conseguia, apenas um era agora possível para esboçar algumas movimentações sem braço e sem dificuldades que o fizessem parar/ impedissem de prosseguir.	14-18 Descobriu que se moderasse a dificuldade que impunha nos objectivos das tarefas, seria mais fácil alcançar objectivos realistas. Contudo, para P3 continua a ser difícil integrar qual é a qualidade das ligações entre a sua intenção, a sua percepção sensitiva do membro fantasma, e a sua observação e conhecimento do seu corpo real actual. Isto contribui para reforçar a dimensão ininteligível da sua situação corporal e espoletar-lhe incerteza e dúvida acerca de si mesmo.
É estranho, não... porque eu quero, quero, manda a ordem, e, e não sai nada. E.: Como é que se sente nessa situação, de querer, dar a ordem, e depois não sair? P3: É muito estranho, é porque, eu tou aqui, tou a com vontade de fazer assim, p.e., um exemplo né, [levar uma mão à frente, como se fosse bater palmas], mas eu mexo e eu tenho a sensação, cá dentro, que tou a fazer, e tou a fazer assim, neste momento tou assim com as mãos [a tocarem uma da outra, imaginariamente], e faz isto, penso eu que faço, e faz sensação que tou a fazer mesmo! Eu sinto os dedos a tocarem-me na mão! Por incrível que pareça, eu a fazer as coisas, e eu sei que não tá a mexer nada, mas tou assim, a dar ordem e pra mim eu tou a fazer! É estranho! Sei lá!	15 A percepção de toque no membro fantasma é para P3 algo que não é totalmente compreensível porque não existe continuidade entre a sua intenção, a sua percepção sensitiva, e a sua observação e conhecimento do seu corpo real actual. Apesar de poder intelectualizar acerca das explicações neurológicas, P3 não consegue entender de forma cinestésica as ligações entre as suas construções imaginativas e as suas acções reais, existe uma cisão entre o seu esquema corporal percebido e a ordem fisiológica actual do seu corpo que o impede de poder realizar ligações compreensíveis e passíveis de explicar racionalmente.	
E depois tenho, tenho a sensação, tenho dores! Tenho o cotovelo a ferver, sempre, constantemente, muito quente, eu sei lá, é...!	16 A sensação de que o braço permanece é real para P3, apesar de observar que este não existe. P3 sente com realismo a temperatura do cotovelo constantemente muito quente, e isso é para si contraditório com a informação visual que tem, dando uma vivência de perplexidade, conflito de percepções e	

	compreensões, e de que existe uma dimensão de conhecimento inalcançável sobre isso.	
Eu penso, este rapaz que esteve aqui antes de mim não teve este problema [utente que foi entrevistado anteriormente], pelo menos disse, não é, que não teve, porque se calhar a perna não engloba tantos movimentos, ou não tem tantos sistema nerv.. nervos não é?	17 P3 tenta encontrar explicações inteligíveis que o ajudem a organizar as suas vivências conflituosas e, conseqüentemente, tensas ou ansiogénicas, e busca-as através da comparação com a experiência de outra pessoa com um membro amputado e através de explicações teóricas neurobiológicas.	
Acho que é por isso. Pois, foi o que mais me marcou, foi mesmo eu abrir os olhos, ver que não tinha o braço, e entretanto tinha as dores, tinha tudo,	18 Na sequência das suas tentativas explicativas, P3 contenta-se provisoriamente com as suas descobertas, apesar das incertezas que persistem acerca das ligações entre o visível (ausência do braço) e comprovável, e o invisível (dores e sensações tácteis e cinestésicas), improvable e insustentável.	
passsei, tive 8 dias em coma, depois, ao segundo dia, no dia em que vim aqui pró Outão, eu tive prai 3 dias até perceber que não tinha o braço! Pra já eu pensei, olhava, via as ligaduras, pensei que tinha o braço, porque eu sentia o braço ferido,	19 Devido a um estado inicial de não consciência/ coma, devido às percepções cinestésicas do membro fantasma que se seguiram, e devido à ilusão criada pelo aparato instrumental das ligaduras colocadas no lugar do braço ausente, depois do acidente P3 demorou cerca de 11 dias até confirmar a sua amputação e surpreender-se com isso.	19-23 A consciência do seu estado corporal actual demorou cerca de 11 dias. Foi gradual e foi realizada sem a interferência de terceiros e após 8 dias de coma, e foi sentida como surpreendente e necessariamente pessoal e intransmissível na sua complexidade e dificuldades que impunham.
pensei “agora tenho o braço ferido, fazem-me... - tinham de fazer – uma plástica, uma coisa, e depois fica bom...!”,	20 Durante esse período inicial, P3 sentia o seu braço, via algo que o comprovava (a extensão e espessura das ligaduras), e pode planejar uma possível reconstrução até poder voltar ao seu estado natural.	
e a minha mãe dizia “então, tas bom, pah, então?”, e eu dizia “sim, o braço não há-de ser nada!”, a minha mãe não me quis dizer, pensava, “será que ele tá a brincar? Será que ele tá a perceber?”, porque eu não sabia o tão mau que era a situação.	21 P3 esteve um período inicial sem conhecer a sua situação corporal-real-actual, e sem que outras pessoas lhe comunicassem isso verbalmente, apesar de P3 considerar que outras pessoas podiam pensar que era possível pensar sobre	

	isso (exemplo da sua mãe).	
Depois quando me comecei a aperceber e a entrar em mim parece que o mundo desabou. Foi, foi, foi muito difícil! Os meus amigos vieram, ajudaram-me, “não tenhas problemas, deixa lá isso há-de resolver-se, há tanta gente sem um braço, tanta gente isto, tanta gente...”, só que eu, sabia que existia,	22 Para P3, passar a conhecer a sua situação real actual, de amputação, foi passar a entrar em si, sendo que essa entrada foi algo que foi vivida com muita dificuldade. Com essa vivência, houve uma actualização do conhecimento acerca de si mesmo, com o ganho de uma nova consciência acerca das suas novas condições e problemáticas, e isso era uma dimensão de si que não podia ser silenciada ou negada através de nenhuma ajuda que os amigos pudessem oferecer. Era um conhecimento próprio íntimo e superior a qualquer conhecimento exterior a si que lhe comunicava uma mudança de vida com agravamento das dificuldades.	
porque eu tinha um vizinho sem um braço também, sabia que ele fazia as coisas, mas sempre, sempre o vi... não é... como é que eu hei-de dizer, é um deficiente, sempre o vi como um deficiente. Não por ele ser diferente, por ter mais dificuldade, porque não tinha, ele ia à praia connosco, ia jogar vólei, ia jogar futebol, ia fazer as coisas tal e qual [os outros], e fogo este gajo, nesta situação e em vez de ‘tar quieto... - né, eu queria fazer as coisas bem - em vez de ‘tar quieto aí,	23 P3 alimentava o preconceito de que uma pessoa com deficiência física deveria ocupar um lugar onde não houvesse movimento: um espaço estático onde pudesse estar em conformidade com as suas incapacidades particulares e ser reduzido a elas, simplificando-se. P3 clivava as diferenças e os limites daqueles que eram tanto mais diferentes de si, das semelhanças e capacidades daqueles que eram tanto mais parecidos consigo. P3 pensava-se como a medida mais correcta para avaliar as capacidades dos outros e isso permitia-lhe formar uma visão dividida do mundo e dos outros, entre pólos opostos, onde a ligação e a relação acontecia com dificuldade e com conflito e tensão (como P3 refere adiante face à sua relação com os amigos). Assim, P3 recorda que, antes de ser amputado, a soma da sua vontade de movimento com a sua vontade de agir com o mínimo de limites/limitações possível, costumavam comunicar-	23-24 Ao passar a ter uma deficiência física, P3 modificou a sua perspectiva acerca das pessoas que fazem as coisas de modo diferente do seu, inclusive acerca das pessoas com deficiência, e refere que passou a considera-las mais capazes e a respeitar mais os seus esforços e desejos de realização de tarefas. Contudo, com esta mudança, P3 passou a rever-se como “desclassificado” do seu lugar anterior, que era considerado por si como mais “perfeito” que o actual, e esta foi a sua mudança mais difícil de aceitar.

	lhe que só uma pessoa sem deficiência poderia, e deveria, mover-se e agir, o contrário era-lhe estranho e incómodo pensar e observar porque ia contra as suas expectativas.	
e agora sei que vou passar plo mesmo. Vou querer fazer tudo à mesma, mas não com, com a perfeição que fazia, né. E eu, quando me apercebi, quando abri os olhinhos e apercebi-me disso tudo é que, foi o que mais me marcou! Acho.	24 Perceber que a sua diferença anatómica actual não seria impeditivo da sua relação com as coisas e com os outros nem da vontade de o fazer, foi para P3 o marco mais importante desde a sua amputação, e foi interpretado, embora sem certezas, como uma tomada de consciência maior acerca de si e dos outros. Porém, P3 percebe as suas limitações actuais como impeditivos à perfeição onde anteriormente se sentia incarnado. A sua amputação retirou-o do lugar que anteriormente ocupava e que considerava perfeito.	
Foi, foi. Foi eu saber. Foi saber não, foi eu não saber como ia fazer as coisas. Foi uma incerteza esquisi.., foi tanta, e são ainda!	25 Perante esta mudança de perspectiva e de complexidade relacional, P3 começou a sentir estranheza no novo lugar psicológico que passou a ocupar e a conhecer, e com isso passou a sentir-se menos seguro quanto às direcções e decisões que queria tomar.	25-28 Perante a sua condição física actual, P3 passou a ter espaço psicológico para se questionar acerca do que lhe faltou ser no passado antes da amputação, quando se considerava “perfeito”. E, perante isto, colocou-se perante uma dupla deficiência: física e de carácter, comparativamente com os outros diferentes de si, re-situando-se assim numa posição inversamente oposta àquela que sempre se re-conheceu.
E.: Como é que é essa incerteza, P.? P3: É... é... é difícil explicar! Eu sempre, sempre quando era, antes de ter o braço, antes de cortar o braço, eu tinha uma, um defeito, ou ***, tudo o que eu fazia tinha que ser certinho. Certinho, quer dizer <i>bem feito</i>, não era certinho.	26 Com a sua nova deficiência, P3 identificou outra deficiência (de carácter) e questionou-se acerca do seu valor e benefícios. A certeza que anteriormente guiava as suas acções até ao que considerava perfeito, é agora avaliada por P3 como um defeito seu pertencente ao passado.	
E eu não entrava em nada que não fosse para ganhar, se eu tivesse num grupo de amigos e que as coisas tivessem a correr mal eu tinha que refilar com eles, e agora vou ver que vou tar do lado contrário mas bem pior ainda!	27 Ao mudar de perspectiva em relação a si mesmo e aos amigos, P3 agora coloca-se num lugar antagónico ao que anteriormente ocupava e acrescenta-lhe ainda algo de mais pejorativo do que antes atribuía àqueles que não eram como ele: para além das dificuldades de acção, que via nos outros, acrescenta-lhe a deficiência física. P3 vê a sua actual condição	

	não só como uma mudança de posição para o extremo oposto (a diferença de capacidades e de iniciativas) como ainda lhe acrescenta as limitações relativas à amputação.	
Porque eu criticava aqueles gajos que jogavam à bola comigo, eu era, porque as coisas não saíam bem, eu achava que tinham que sair bem! E agora 'tou no lado contrário.	28 Tal como acontecia com o julgamento que construía face às pessoas com deficiência, P3 julgava e pensava os outros e a si mesmo como extremos opostos, entre a acção e a imobilidade, entre o bem e o mal, o certo e o errado.	
E.: O que é que é 'pra si <i>sair bem</i>? P3: 'Pra mim sair bem é.. é começar e acabar, pronto, 'pra mim bem é o.. 'pra mim bem é <i>mesmo bom</i>! É... é não falhar, é..., como é que hei-de dizer, bem, bem... pronto é o máximo que a gente consiga, mas se for no futebol é marcar golos, ou no basket é fazer um cesto, seja onde for tinha que sair bem, pronto, tinha que acabar no.. num máximo, ou seja, num golo, num cesto, num.. prontos... E.: Num objectivo... bem preciso? P3: [num objectivo] traçado! Exactamente.	29 Para P3, antes da amputação era importante que pudesse ter inicialmente um objectivo orientado para um futuro próximo, onde o maior prazer deveria acontecer no final das tarefas a que se propunha. Com isto, P3 seguia uma estrutura de pensamento linear, clara, e segura, sem necessidade de se questionar acerca deste tipo de percurso, e sem aceitar como válidos outros finais diferentes dos desejados e aspirados por si. Até à amputação, esta foi uma forma de pensar que o ajudou a orientar-se na sua vida, a saber que direcções devia tomar sem que se pudesse instalar a dúvida ou a indecisão, e isso era constitutivo do seu quadro de valores e crenças pessoais, onde o esforço máximo era avaliado na exacta medida do resultado máximo, quer para si, quer para os outros.	29-32 Após a amputação, P3 sentiu necessidade de valorizar não só os resultados esperados por si, o pensamento e acções sequenciais, progressivas e desejadas, mas também a necessidade de valorizar os esforços, intermediários, e considerar a possibilidade dos resultados serem imprevisíveis e alteráveis independentemente da sua (ou de outros) vontade. Para isso, P3 passou a questionar a sua hostilidade que no passado direccionava contra si e contra os outros, passando também a questionar os seus valores morais.
Tinha que sair bem tinha que ser... não era... era um bocado exigente. Porque não é, não é só marcar golos que conta, a jogada pode ser toda bem, não é, e o outro guarda redes também fazer o melhor dele, meter bola, não é? E.: E antes o P. ... P3: Tinha que chegar, tinha que ser bom mesmo. E.: O objectivo era o golo, não int...	30 Falhar no resultado era para P3 o mesmo que falhar nos esforços (não investir e não agir), e isso conferia a cada tarefa um carácter de previsibilidade e cumprimento obrigatórios, para si e para os outros. P3 operava física e cognitivamente de forma previsível, segura nas suas certezas e valores morais, e o que pudesse contrariar esta sua forma de funcionamento era	Com estas mudanças, P3 passou a poder redefinir aspectos do seu projecto de vida e da forma como neste momento se deverá orientar, como um movimento de ajustamento às suas novas condições físicas.

P3: O resto não interessava... E.: Não interessava o resto: as passadas, etc... P3: ... o até chegar lá.	repelido de si com hostilidade, mesmo que tivesse de virar a hostilidade contra si mesmo (quando sentia frustração consigo mesmo – como é visível no ponto 31). Depois da amputação, P3 começou a questionar esta sua forma de funcionamento habitual e começou a colocar a hipótese de que podia desempenhar uma tarefa enfatizando outros aspectos do processo, para além do seu início (que começava com a determinação do objectivo) e do seu fim (resultado esperado).	
E agora, se calhar vejo as coisas de outra maneira, porque eu se calhar não conseguir... já antes não conseguia sempre, porque até comigo mesmo chateava-me, irritava-me, porque eu não via o <i>bom</i> dessa maneira. Pronto, quando se faz uma jogada, e vai até à baliza do adversário, pode ser uma jogada espectáculo, e não ser golo. No entanto, ‘pra mim já não era bom porque não havia golo!	31 Assim, P3 iniciou um movimento novo em torno de novas perspectivas/ formas de ver-se a si e aos outros, e com isso encontrou novos valores morais, i.e. novas formas de pensar o que poderá ser afinal o bem, o bom, e o correcto.	
E... agora já vejo de outra maneira, porque: se calhar vou trabalhar muito mais o começar de alguma coisa do que o fim.	32 Com a amputação, P3 mudou de perspectiva e considera que agora o <i>melhor</i> será dar mais ênfase ao início de cada tarefa em detrimento do fim, começando pela forma como se pode olhar para o significado dos resultados, mesmo antes deles serem atingidos. Com isto, P3 redefiniu aspectos do seu projecto de vida e da forma como neste momento se deverá orientar, num movimento de ajustamento às suas novas condições físicas.	
Eu tinha como obrigação marcar um golo, e agora se calhar tenho como obrigação passar a bola a alguém ‘pra começar uma jogada.	33 Antes da amputação, P3 considerava que tinha de realizar os seus objectivos sozinho. Depois da amputação, P3 passou a considerar que para isso teria a obrigatoriedade de fazê-lo juntamente com outra pessoa na fase inicial da tarefa. Assim, P3 manteve o sentimento de obrigatoriedade e de dever imposto, mas deslocou-o para uma realização sem colaboração com outros no momento inicial da tarefa.	33-37 P3 sente agora necessidade de partilhar actividades com a ajuda de outras pessoas, sem assumir responsabilidades de sucesso sozinho. A relação com os outros torna-se para P3 agora necessariamente mais colaborativa, especialmente quando envolve um maior número de pessoas, sempre acompanhado e recebendo
Tenho, vou começar a dar valor que as coisas têm, tudo, tudo o que se faz tem valor! Não só o marcar um golo mas um passo bem	34 P3 passou a investir na ideia de agora ser obrigado a valorizar	

feito, um passo pró guarda redes, um... vou dar valor a todos os passos, que eu antigamente era, o guarda redes passava a alguém e tinha que acabar em golo, e agora já sei que não, que se calhar se eu passar a bola 'pra um colega e a bola seguir já..	todas as etapas e aspectos que caracterizam a realização de uma tarefa, e por assim sente urgência de mudar de perspectiva. P3 impôs a si mesmo esta nova meta (do cumprimento desta nova forma de valorizar cada tarefa no seu todo e sem discriminar momentos). Não é uma forma de aceitação passiva, é antes uma tentativa de vir a colocar em prática totalmente (na acção com o corpo e as ideias) a nova perspectiva que, por agora, consegue reflectir.	ajuda/colaboração de outros especialmente no início das tarefas.
e mesmo que falhe, fizemos o nosso melhor! E.. e vou dar valor, ou seja, o valor, nesse momento é o que a gente consegue fazer melhor, e não o perfeito, ou seja, só, só bom! Ou seja, não é o só bom, o bom é tudo aquilo que a gente tenta fazer, não é, ou melhorar!	35 Neste momento, P3 envolve-se numa nova forma de se comprometer consigo e de se relacionar com as tarefas, onde se torna importante o reforço desta nova forma de relacionamento através da comunicação, da repetição, e da reformulação, dos seus novos pensamentos.	
A ideia primeiro, o máximo era marcar golo, e agora vejo que não, o máximo é aquilo que a gente faz, é aquilo, é a vontade com que nós fazemos as coisas, a entrega!	36 P3 passou a perceber que a sua dedicação ao longo das tarefas não está directamente relacionada com os resultados finais.	
Eu, eu lembro-me de jogar futebol com uns amigos, isto eu falo nos desportos colectivos porque mete mais pessoas 'né, e jogava à bola com amigos e via que retilava com eles, chateava-me com eles e eu próprio,	37 Para P3 as actividades em que se relaciona com mais pessoas são mais fáceis de associar a relações conflituosas intraindividuais e interindividuais.	
a pensar "mas eles faziam o melhor deles – e se o melhor deles não era o perfeito 'pra mim, que era marcar golo, em ser o melhor da equipa – mas eles faziam o melhor,	38 Antes da amputação P3 tinha o desejo de ocupar um lugar de destaque entre as pessoas com quem partilhava actividades, onde pudesse ser diferente dos outros. Com isto P3 entrava em conflito, porque em simultâneo, tinha dificuldade em aceitar a diferença de comportamentos e de valores.	
'pra eles, eles já 'tavam no limite deles, 'né?! E eu não via o limite deles, como eu acho naquele coiso, tinha que ser sempre 'pra cima, sempre... o limite deles tinha que ser igual a mim, era marcar golo, ser ...	39 P3 não aceitava as diferenças dos outros porque não conseguia ver onde terminavam as suas capacidades (deles). Assim, para P3 os outros deveriam ter a mesma capacidade de dar, e não	38-44 Considerando que passou a compreender o lugar daqueles que antes considerava incompetentes, P3 passou a perceber que aí deixou de sentir o poder e decisão, a competência para agir sobre as situações e sobre os outros que no passado sentia possuir. Isso contribuiu para que também possa agora reconhecer competências válidas nos outros, e simultaneamente

E.: O limite deles tinha que ser igual ao seu... P3: Exactamente, eu via que todos os jogadores tinham que dar aquilo que eu dou.	deveria haver diferenças entre si. P3 avaliava os outros tomando-se como medida: os outros deveriam ter desempenhos iguais aos seus, se não o fossem passariam a ocupar um lugar oposto e negativo, radicalmente diferente do seu.	sentir-se estranho face a si mesmo e obrigado a fazê-lo em todas as oportunidades.
Mas eu sei que nem toda a gente é... nem toda a gente jogava futebol como eu, eles podiam ser melhores que eu noutras coisas quaisquer, e se calhar chamavam-me ou enfrentavam as coisas e não me diziam, ou não me obrigavam, não é obrigavam mas não me cobravam aquilo que eu cobre a eles!	40 Foi após a amputação que P3 passou a crer que existem diferenças de desempenho e de mestria entre indivíduos consoante o tipo de tarefa, e passou a considerar a hipótese dos outros terem tido coragem para lidarem com o que P3 lhes pedia para lhe darem sem usarem da mesma forma conflituosa que P3 usava.	
E eu agora vejo isto de outra maneira, porque eu 'tou na outra parte deles,	41 Para P3 é possível ver outras facetas nos outros porque ele próprio considera ter-se mudado para o lugar que era ocupado pelos outros.	
'tou na parte em que não era eu...	42 Mudar de lugar nestas relações interpessoais é para P3 ocupar um lugar que lhe é estranho e no qual não encontra elementos de identificação com o que conhece sobre si.	
eu sei que eu era tipo um líder, 'pra eles, e agora é ao contrário, agora tenho que fazer alguma coisa por eles, antes era ao contrário, na altura trabalhavam eles 'pra mim, uma maneira de dizer 'né, porque eu exigia "passa-me a bola!; dá àquele!", prontos, fazia, dava.. porque também jogava, sabia mais que eles não é, então eu punha o jogo... "passa àquele!; Dá ao outro!", eu é que estipulava a jogada,	43 Antes da amputação P3 ocupava um lugar de comando, de ordem, e de direcção dos outros, onde se envolvia nas tarefas e por isso considerava ter mais conhecimentos e poder de decisão.	
e agora vou 'pra lá jogar , quando puder, ou jogar ou outra coisa qualquer, não digo só no futebol, e eu vou ter que pensar "não, aquilo que eles passaram, em que faziam o melhor deles e que 'pra mim não chegava, agora vai acontecer o mesmo comigo!",	44 Com a amputação, P3 considera que passou a ter a obrigação de inverter de posição, ocupando o lugar de todos aqueles a quem ele exigiu capacidades iguais às suas, com a necessidade de ser ele agora a percorrer o mesmo percurso de insatisfação	

	e de insuficiência que P3 considera que essas pessoas percorreram. Nesta inversão de posições, qualquer pessoa que antes era considerada por P3 menos competente, passou imediatamente a ocupar um lugar de maior competência que P3 neste momento possa ter.	
portanto, eu penso que exige, exige o máximo deles e eles deram o máximo, mas 'pra mim não chegava, então agora tou... porque aquilo que eu cobrei a eles agora tou, olha, tou igual a eles e vou ter que pensar o tanto que fui injusto, porque, né, as pessoas não.. só dão aquilo que podem, né... E.: Tem uma sensação de injustiça? Sente que foi injusto? P3: Exactamente, porque exige deles, e eles estando a dar o máximo deles, né.	45 P3 considera que ao ter ficado amputado, inverter de posição não foi uma escolha e isso colocou-o na obrigatoriedade de dar aos outros algo que não tem como. P3 não se considera capaz de dar aos outros tudo o que no passado exigiu que eles lhe dessem a si apesar de considerar teria a obrigação de o fazer para repor a justiça. P3 tem sentimentos de culpa por ter exigido esforços a outros que eles podiam não ter para lhe dar.	45-49 P3 refere que estas suas mudanças não são uma opção mas sim uma obrigação derivada das circunstâncias, assim como também se considera incapaz de realizar as exigências que outros lhe possam fazer de desempenho, uma vez que espera que os outros exijam na mesma medida – com a mesma rigidez – que ele próprio exigiu a outros no passado antes da amputação. Com isto, P3 sente que já não é capaz de dar aos outros o que eles precisam, por considerá-los a ocuparem o seu lugar (de outrora) severo, exigente, baseado em relações desiguais e insatisfatórias, e constrói a esperança de poder ter a compreensão dos amigos para as suas incapacidades irreversíveis e imutáveis.
.. só que eu pensei assim “foda-se, quer dizer, eu passo a bola e faz esta merda!”, quer dizer, e eu refilava com eles sem me aperceber que eles estavam a dar o máximo deles! E eu agora dou valor a isso porque estou.. estou na outra parte, não é.	46 P3 receia não conseguir satisfazer as necessidades e pedidos dos outros agora que está amputado, porque considera que agora irá acontecer uma repetição do que aconteceu no passado mas contra si, invertida. Ao exigir, no passado, esforços aos outros, P3 estava a exigir que esses lhe fossem “dados” como recompensa dos seus próprios esforços. O que P3 recebia das outras pessoas durante uma actividade não costumava ser suficiente para aquilo que P3 precisava receber, era sempre uma relação desigual e insatisfatória.	
Não tou na mó de baixo mas tou igual a eles, e agora eu penso que dando o meu máximo ainda é menos que aquilo que eles conseguem dar agora. Portanto, eu agora devia de olhar pra mim da mesma maneira “fogo que pastelão, não passa!”, não é? E agora eu tou-me a por no papel deles!	47 Amputado, P3 sente-se menos capaz de dar algo que seja satisfatório para os outros e para si próprio, apesar de, ainda assim, sentir que continua a dar de si o máximo que lhe é possível. Isto fá-lo entrar em conflito consigo mesmo, por sentir-se injustiçado por um lado e alvo de justiça por outro (por considerar que agora está a ocupar o lugar daqueles que ele no passado exigiu mais do que podiam).	
Agora tinham eles toda a razão pra fazer o mesmo que eu fiz! Eu não fiz por mal, eu exigia, exigia o máximo deles, mas se calhar era de mais, eles não conseguiam mais!	48 P3 espera que os seus amigos repliquem os comportamentos exigentes que ele teve no passado com eles.	

E agora sempre que eles se viram pra mim eu agora “fogo pah então este gajo não vê que eu.. não consigo mais?!”, porque tenho uma deficiência! Mas eles é que não tinham a mesma capacidade, ou não corriam tanto, ou não tinham tanta resistência, né?! Eles é que não tinham essa resistência! Eu é porque agora tenho.. prontos, dificuldades que tenho.	49 Quando sente que não pode dar mais de si nas tarefas em que se implica com outros que a sua eficiência alterou-se, P3 confronta-se com o facto de agora ter uma deficiência e espera que os outros compreendam as suas novas limitações, que são de natureza diferente das dos seus amigos, e são irreversíveis.	
Portanto, eles deviam exigir o mesmo de mim! Ou melhor, fazer o mesmo que eu fiz a eles, ‘pra ver como é que eu me sentia, porque às vezes garreava com eles e depois olhava pra eles e via eles a olhar pró chão e eu “epah estes gajos, vou-me mas é embora, quer dizer então eu tou aqui a jogar com eles, tou a divertir-me e estes gajos tão naquela!”. É exigir de mais, que eu não consigo mais! E eu olhava pra eles, “ epah não tens sangue?”, às vezes parece.. “não tens garra? Pah, atira-te, vai-te a ele, não o largues!”, quer dizer, ***, nem toda a gente è assim, né?	50 P3 transporta consigo o peso da culpa por não ter percebido que os outros têm limitações e também formas de agir e reagir diferentes das suas, e por isso vive agora o conflito interno de, no passado, ter aberto conflitos por esses motivos, e por considerar indevido, e em simultâneo sentir a força da necessidade de agir do seu modo anterior à amputação.	
E eles agora podem olhar pra mim e dizer o mesmo, “tão? Onde é que tá aquele menino que retilava e que fazia, e cortava, tão...?” E.: E dizem? P3: Não. Não me dizem. Por isso que eu digo, eu nunca devia ter feito, ou exigido tanto deles! Pra mim eles também já deram o máximo. É o que eu agora vou, se alguém deles exigir-me, eu também vou pensar o mesmo, tou a fazer o máximo, eu não consigo mais!	51 P3 esperava que após a amputação os seus amigos procurassem pela pessoa que ele era antes, mas estes não o fizeram, e isso reforça em P3 a certeza de que terminou um período da sua vida em que fazia as suas acções de modo diferente, e começou outro período diferente, onde a única coisa que se mantém é o esforço máximo que continua a investir no que faz. Com este novo começo, P3 percebe-se diferente e compreende os outros também de modo diferente: aquilo que antes da amputação seria bom, exigir de si e dos outros, agora passa a ser bom apenas para si, i.e. exigir aos outros passa a ser algo que não sente competência e legitimidade para fazer, e pois deixou de poder exigir de si o que fazia antes.	
		51-52 P3 considera-se radicalmente diferente, modificado na relação com os outros, porém, sente uma continuidade com o seu passado na medida em que mantém-se esforçado e investido no que faz, ainda com objectivos de alcançar a excelência.

E.: Como é que é essa sensação ‘pra si, P., de “eu devia ter exigido menos”? P3: É... é um sentimento de injustiça, é um sentimento... acho que exigi demais.. acho que.. fico, não é envergonhado, não é envergonhado, mas pena também não é, porque que fazia bem em exigir o máximo, ‘pra eles darem o máximo, só que se calhar era uma injustiça. Porque é, o termo mais certo é injustiça. Porque eles já tavam a dar o máximo! Eu é que achava que aquilo não era o máximo, quer dizer, tava a exigir mais do que aquilo que eles eram capaz de dar, não era. E.: Injustiça em que sentido? O que é que é pra si uma injustiça? P3: É eu tar a exigir mais do que aquilo que eles davam. E.: É isso que para si é uma injustiça... P3: Pois, não tava, não tá correcto. Porque, eles já tavam a dar o máximo. E eu tava a ser injusto. Às vezes chamava-lhe nomes! “chi, epah tão!”, porque eu já tava a ser injusto, porque eles já tavam a dar o máximo deles.	52 P3 sentia a responsabilidade de intervir nas acções dos outros por acreditar que isso seria bom para eles, uma vez que para si, fazer o mesmo consigo, era correcto. P3 sentia necessidade de intervir por considerar justo balizar as capacidades e acções dos outros em função das suas. Porém, após a amputação, P3 a sua medida relacional manteve o foco (self), mas abriu espaço para uma outra forma de conhecer-se a si e aos outros, através não só das competências mas também das dificuldades.	
Só que isto dentro, dentro, dentro do.. que eu via que eles faziam aquilo sem... a gente dentro daquele, daquele coiso do futebol, que é uma coisa, aquele desporto, aquela, como é que se chama, a quente, a ferver! Nós perdemos um bocado aquela... perdemos, é que perdemos mesmo, os jogadores a dizer asneiras – eles são profissionais não dizem asneiras não é, porque eles têm que ter a cabeça no lugar – mas às vezes consigo pôr-me na cabeça deles, eles passarem... porque a gente a quente, a gente não, não pensa, ou não reage da mesma maneira. E.: O que é que é isso de “ser a quente”? P3: A quente é, como eu tava a dizer, eu chamar-lhe nomes “eh, não vales nada, não têm sangue, vocês parecem umas meninas!”,	53 Nos momentos em que P3 precisa exigir mais de si e dos outros, sente-se alterado, e a forma de voltar à sua normalidade é pensando em pessoas que são obrigadas a ser mais disciplinadas para serem melhores, isso inspira-o a pensar em encontrar um lugar mais ordenado e calmo do que aqueles que encontrou no passado em momentos de maior tensão e exigência.	53-54 P3 considera que poderá aprender a disciplinar as suas tensões relacionadas com a sua exigência face a si e aos outros, assim como se questiona acerca dos motivos para essas tensões e alternância de estados de humor com os amigos.
e depois saímos um bocado, ag gente acaba o jogo e a gente tavamos lá sentados, e eu ponho-me a pensar, “mas pra quê? Porque é que eu reagi com eles...”, às vezes nós chateavamo-nos, mas chateava-me mesmo a sério com eles! E depois, às vezes ia	54 P3 considerou que devia rever a alternância que conseguiu fazer antes da amputação, entre estados conturbados e tensos e estados descontraídos e divertidos com os outros, e a	

no carro com eles e “eh, chateei-me com este agora”, no fim é um amigo meu que agora tá comigo naquilo que eu precisar, e eu chateava-me com eles só por uma coisa estúpida, uma coisa que... tavam ali 10-15 minutos, né, e no fim arrefecíamos, estávamos na boa, tomávamos um banho, e.. éramos amigos como dantes, e tamos bem, e fartámo-nos de rir. No entanto, nos jogos, se for preciso chateava-me a sério mesmo, e eu chamava-lhe nomes e... “como é que é possível, vai-te embora, desaparece daqui!”,	alternância que fazia entre a proximidade e a distância das pessoas de quem gostava.	
‘pra quê? Se... agora, agora vejo assim, para quê tanta tanta coisa se agora de repente eu ‘tou pior que eles,	55 Depois de ficar amputado P3 passou a conseguir ver as suas limitações e dos outros. Isto deu-se, segundo P3 a uma mudança feita sem que ele pudesse prever e de forma inesperada, e estes factos conjugados conduzem P3 a uma inquietação e incerteza acerca da validade daquilo que o moveu no passado antes da amputação. P3 avança com uma desvalorização das suas atitudes passadas em detrimento das desvantagens que vê na sua condição física actual que o torna inferior mesmo comparativamente com as incapacidades dos outros.	55-57 Para P3, as mudanças em si deram-se de forma imprevisível/inesperada, e isso deixa-o inquieto e relutante face aos seus comportamentos no passado, desvalorizando-os em parte, pelo facto de já não se sentir no direito de considerar as suas atitudes passadas positivas. Assim, P3 sente o direito de se julgar como culpado acometidos de faltas que considera um sinal de fraqueza, de diferença, de exclusão, e de afastamento, que não eram suportadas quer em si quer nos outros, e por isso eram sentimentos e situações difíceis de lidar.
e se eles me exigirem isso eu vou ter que comer e calar, né, não posso dizer “tas-te a passar, já viste que eu não consigo? O meu máximo já é este”, eles podem dizer “o meu máximo também era aquele!”, e eu agora já consigo perceber. Porque o máximo deles não era igual ao meu.	56 Na hipótese de sentir demasiada exigência vinda de outros a quem já exigiu, P3 não admite que possa reivindicar pelo direito de renunciar uma tarefa, e isto é uma forma de P3 continuar a sentir a sua diferença em relação aos outros, tal como o sentimento de superioridade que antes da amputação sentia.	
Se tivessem jogado mais rapazes que jogassem melhor que eu, eu via, epah estes gajos, dá-lhe bem, este, epah, assim até me esquecia de refilar com ele. “Eh o gajo falhou um golo, eh falhou porque não conhecia bem, e tal!”, mas não, se fosse outro pior que eu, entre aspas, mais fraquinho que eu, “então não vês a baliza aberta?”, quer dizer ‘pra ele já tinha tolerância, pró que era supostamente meu jogador ou.. era,	57 P3 sente necessidade de justificar as suas atitudes passadas antes da amputação com base no tipo de semelhança que as outras pessoas pudessem ter consigo, onde as pessoas diferentes de si quanto às formas de acção, eram proibidas de qualquer falta. Pois as faltas eram sinal de fraqueza, de diferença, de exclusão, e de afastamento, e não eram suportadas quer em si quer nos outros.	

pronto, alguns são melhores, né, aquele já podia falhar, agora meus amigos, os outros também eram meus amigos né, agora aqueles que eram mais fracos, supostamente mais fracos que eu, não tinha tolerância, não... podiam falhar, não podiam passar mal, não podiam ser comidos em velocidades, não podiam nada. Aquele não tinha tolerância.		
E.: Havia uma intolerância entre os mais fracos e os mais fortes... P3: Havia. Porque eu exigia muito dos mais fracos, e dos mais fortes, se eles falhassem eles já tavam a dar o máximo deles, já era banal.	58 P3 considera que sem ser amputado podia continuar e decidir, e a assumir a responsabilidade e a competência para avaliar e categorizar o que deveria ser considerado uma falha e uma posição de inferioridade, e poderia continuar a fazê-lo com base nos seus pressupostos e nas suas próprias capacidades. Nas suas avaliações sem a falta do seu braço, P3 podia considerar que deveria exigir esforços de conquista por parte de qualquer pessoa, porém só podia desvalorizar esses esforços por parte daqueles que eram diferentes de si.	58-61 P3 faz referência ao passado para tentar compreender o seu presente e dar-lhe um sentido face aos seus estilos relacionais e às suas exigências pessoais relacionadas com os primeiros.
A mim aconteceu-me muitas vezes eu: “Epah, falhaste de baliza aberta!” e eu a seguir fazer o mesmo! Ficavam todos chateados comigo, mas chateavam-se comigo mesmo! Mas e se eles me viessem dizer alguma coisa? Ai! Então passava-me! Ficava mesmo chateado com eles!	59 Antes da amputação, P3 não permitia que outra pessoa pudesse exigir mais de si e partia facilmente para conflitos abertos com agressividade.	
E.. por isso é que eles baixavam a cabeça, e daqui a um bocado não se passa nada. Então eu sempre, eu sempre fui... não é nervoso em termos de..., epah, era, as coisas tinham de ser... sem adrenalina aquilo não funciona, uma coisa que fosse sem adrenalina ‘pra mim já não... já ‘tava a jogar às... E.: O que é que era preciso as coisas terem para terem adrenalina? P3: Tinha que me picar, tinha que mexer comigo. Tinha que haver, tinha que haver competição, tinha que haver... como é que hei-de dizer, tinha que haver disputa, exactamente, tinha que haver uma disputa. Porque se fosse uma coisa.. é que, é verdade, as coisas, pra mim tudo, é tudo a... em... em coiso, se eu tava na praia, a brincar, p.e., o meu sobrinho fazia um castelo, p.e., eu tinha que	60 P3 continua a considerar as suas atitudes passadas antes da amputação como competitivas, enérgicas, mobilizadoras, e emotivas, sendo que não o poder fazer é para si uma forma de cair na indiferença e na vulgaridade.	

fazer um que tinha que ser melhor que o dele logo, tinha que haver sempre... agora antes de fazer uma coisa banal, só porque... fazer por fazer não....		
Às vezes, às vezes acontecia, ter que fazer uma coisa com alguém, que tinha começado, e eu ter que continuar, para mim já não.. já não era igual, já não... fazia à mesma mas já não havia a mesma pica... Quando trabalhava como electricista, até nisso, no trabalho às vezes davam-me p.e. uma instalação 'pra fazer e eu tinha que deixar sempre o trabalho melhor que o do meu colega, entretanto, o colega ou faltava ou não podia e eu tinha que ir seguir o trabalho dele, e já não era já não era a mesma coisa, eu tinha que seguir os passos dele...	61 Para satisfazer a sua vontade de iniciativa, de acção, de controle e comando sobre as suas tarefas, P3 dá o exemplo de como vivia antes da amputação, a posição antagónica à actual – com amputação. Sem amputação, P3 considerava-se mais empenhado em realizar uma tarefa sozinho, e cria-la sem ajudas ou intervenção de outras pessoas, de forma independente em qualquer das fases da tarefa, desde o início ao final.	
Por muito que inventava, pronto às vezes inventava algumas coisas, mas o início, as coisas que tinham sido feitas por ele não tinham mesmo pica, já mostrava que não era o meu trabalho, era uma maneira de mostrar o... o trabalho, neste caso, o meu trabalho.	62 Fazer com a ajuda ou com a intervenção de outros, é para P3 uma forma de provar que não foi P3 a realizá-lo (a conjugação de esforços é para P3 uma forma de anular a sua contribuição, uma forma de exclusão de si).	62-63 Apesar de considerar necessário ou obrigatório, a conjugação de esforços é para P3 uma forma de anular a sua contribuição, uma forma de exclusão de si, por não se sentir verdadeiramente ou derradeiramente incluído em nenhum lugar/espço social/relacional.
Eu, tudo o que não tenha a ver, que não seja uma disputa, que não me faça competir, que não me faça ajudar já não... E.: O que é que tinha a competição...? P3: O que é que tinha? E.: ...que o estimulava assim tanto? P3: Pois, isso é que eu não sei, eu... talvez... eu não sei porquê, é o que eu digo, eu às vezes podia dizer “mas vocês não têm pica pra jogar futebol?”, jogava entre eles, e até tinha que ser melhor e essa coisa toda, mas se eu fosse jogar com outra equipa com outras pessoas de fora, aquilo ainda era mais, aquela coisa de ter que ganhar aos gajos de fora.. pronto, ter que... eu vivia aquilo mesmo...!	63 Para se sentir incluído deverá ser com contributo total e isolado, não partilhado, por via da competição, e preferencialmente em disputa por posições de superioridade e de opostos – quanto mais diferente e afastada estaria(m) a(s) outra(s) pessoa(s) mais fácil seria lutar por esta forma de ser e fazer numa tarefa. Com a amputação, P3 ficou excluído deste tipo de competição e neste momento necessita reformular a sua percepção acerca da posição que está a ocupar agora entre as outras pessoas.	

Agora, porquê? Porquê não sei, se calhar já nasceu comigo este coiso, né?! Ou... ou por ter sido criado sozinho, porque o meu pai, perdi o meu pai muito cedo, e era eu e a minha irmã, então se calhar tive que logo lutar muito cedo pelas coisas, né?!	64 Para encontrar sentido para a sua posição actual, P3 tende a procurar justificações no seu passado, e nos hábitos que se sentiu obrigado a construir e a fortalecer, hábitos de convivência com perdas de entes queridos, hábitos de luta e esforço.	
Porque eu nunca tive nada, nada sem ser tirado do meu corpo, prontos, se eu queria uma bicicleta ou queria uma coisa assim, a minha mãe não tinha que me dar, tinha que fazer o trabalho ***, ia apanhar tacos, ou ia apanhar tomate, ou ia fazer alguma coisa, tive.. tudo aquilo que eu tinha tive que trabalhar e lutar por elas.	65 P3 considera que tudo o que tem foi sendo obrigatório que lhe fosse retirado do seu corpo. Uma visão paradoxal, onde para ter algo para si, tem de retirar de si, por sentir falta de quem lhe pudesse dar esse algo no início da sua vida.	65-68 P3 considera que o sentido da sua vida foi alimentado pelas perdas do que lhe era importante e pelos lugares de liderança ou de iniciativa que se foi sentido obrigado a ocupar. P3 foi sentindo que a melhor forma de realizar uma tarefa seria obrigar-se a retirar de si algo, para não sentir as tarefas como inúteis, sem força, e sem validade. Para si, esta forma de ser é algo que lhe é obrigatória, e sobre a qual não tem controlo/escolha. Sem a competição e a superação através da dádiva de si mesmo aos outros ou às tarefas - como aconteceu quando se tornou amputado -, P3 passou a questionar a sua própria identidade.
Se calhar isso dava mais valor, penso eu, se calhar dava mais valor à luta,	66 Valorizar as perdas levava-o a valorizar as suas conquistas e acções competitivas consigo e com os outros.	
e acho, eu pensei “estes gajos! Tão a correr, mas estão a correr sem vontade nenhuma, então ‘pra que é que serve, né?!”, eu acho que se uma pessoa estava a correr, se estava-se a esforçar, era pra sair bem, era pra dar o máximo, e eu achava – achava, e alguns são! Alguns estão lá, “falhei, falhei”, mas assim já certo – e eu, pra mim não, acho que não, não conseguia. Se tava dentro de alguma coisa, se eu tou dentro de alguma coisa, se é pra fazer alguma coisa, é o.. é o máximo, eu tinha que fazer o máximo!	67 A obrigatoriedade que sentia era consentida e valorizada por si, onde não havia outra forma melhor de fazer uma tarefa, outra forma diferente daquela que teria de retirar algo de si, era sentida e vista como inútil, sem força e sem direcção acção válida.	
Eu às vezes chateio-me com a minha mãe porque ela diz, a minha mãe dizia assim: “eh, tá bom na mesma!”, e eu digo “mas, tá bom na mesma? O trabalho é o mesmo, em vez de fazer mal porque é que não faz bem?”, mas a minha mãe é mais “eh, deixa andar!”, e eu **, dá-me o mesmo trabalho fazer bem ou fazer mal, porque é que ela não... não faz logo bem?! É com a minha mãe e é com o desporto! Eu, eu tou a dizer do desporto, não tem nada a ver com a pergunta que me fez, mas... E.: Mas está relacionado...? P3: Pois, está relacionado porque as coisas chegam a, vão a desenrolar não é? ...Então é... tudo o que tem a ver..., por isso	68 P3 sente que vive sem controlo sobre a necessidade de fazer algo que deva retirar de si, do melhor de si, sendo que isso é o que identifica ser o motivo da sua vida. Sem esta forma de viver e sem partir do principio que pode superar os outros, o sentido da sua identidade é questionado, pois foi assim que sempre viveu até à amputação.	

mesmo, eu vivo em função de.. das coisas de... de fazer bem, da competição.		
Eu vivo, vivo sem uma arma! E.: Hum... o braço era uma arma, 'pra si? P3: Era.	69 Para P3 o seu corpo é um ferramenta de guerra, capaz de o defender de outros potencialmente perigosos à sua integridade, sendo o braço amputado uma parte desse utensílio de guerra que P3 perdeu e cuja ausência é forçado a viver.	69-72 Sendo a competição tão fulcral para P3, este considera que perder um braço foi como perder uma ferramenta de guerra, de confronto, de força, de poder, e de vitória, e isso confronta-o com a dificuldade em integrar perspectivas e percepções opostas acerca de si, pois sente-se incompleto e em falta consigo e com os outros quando existe a possibilidade de se desmotivar por já não lutar da forma que conheceu no seu passado antes da amputação.
Era porque, isto agora se eu ver, eu não tinha praticamente ninguém, e não tinha problemas em enfrentar seja o que fosse! Fosse jogar futebol, fosse jogar andebol, fosse jogar volei, eu tinha, sabia "pah, aqueles gajos são mais fortes que eu, mas eu sei que também consigo, e enquanto eu tiver forças, e enquanto eu tiver trabalho, não me deixo ir abaixo!",	70 Com todas as suas ferramentas de guerra, inclusive o braço, com força, e com a ocupação do trabalho, P3 podia fazer frente a qualquer pessoa ou situação, e lutar para não se desmotivar com as adversidades.	
e agora eu olho 'pra alguém, e já não sou capaz de chegar ao pé dele, "vamos lá fazer uma equipazinha 'pra jogarmos", naquela... agora eu fiquei limitado, né?!	71 Sem o braço, P3 sente-se limitado, com redução de formas de defesa e sem capacidade para se dirigir aos outros e desafiá-los para uma competição. Sem o braço, P3 sente-se incapaz de lutar da forma que conhecia e pela qual era reconhecido.	
E o que me custa é..., porque cá dentro tá... cá dentro tá igual! As coisas, aquela vontade, aquela garra, eu as vezes tou a olhar pró jogo, "epah, estes meninos...! Se fosse eu...!", eu vivo a coisa à mesma,	72 P3 sente dificuldade em integrar percepções opostas acerca de si, a interna e a externa, a volitiva e a corporal, a intencional e a activa, e por vezes pensa como faria antes da amputação, embora tenha de agir em conformidade com o corpo actual e presente, que sente insuficiente para dar resposta à sua mobilidade interna.	
mas agora não depende de mim, ou seja, já não consigo... não consigo auxiliar ninguém, nem.. nem competir com ninguém... com... falta-me uma arma, prontos, é como se fosse uma arma!	71 P3 considera que a falta do seu braço é algo que lhe retira poder junto dos outros, na ajuda a eles ou na luta com eles.	

Tudo aquilo que eu mais fazia, que era, qualquer coisa como dizia, competir, ou de exigir dos outros, agora sem essa arma, sem o exemplo, por muito que eu queira dar o exemplo a alguém,	72 O seu braço fazia parte de um conjunto que constituía o seu arsenal exemplar de combate que usava principalmente em situações de luta ou competição e de pressão sobre o que os outros lhe poderiam dar. Sem ele, P3 sente que o seu corpo já não serve para demonstrações de competência e eficácia, por estar incompleto.	
quem me conheceu, não tenho problemas né, agora quem nunca me chegou a conhecer... “mas quem é este gajo que anda aqui, não faz nada, não sabe nada e tá a bandar bitaites!” né, podem pensar assim! E eu, como não sou capaz de mostrar, a outra parte, vou ter que comer e calar, então, não posso exigir nada a ninguém!	73 Amputado, P3 pode apenas usar dos seus recursos internos habituais junto daqueles que o conheceram antes da amputação, com todos os seus apetrechos de guerra, e fica-lhe vedado o acesso a qualquer relação competitiva e exigente que seja nova e desconhecida, junto de pessoas que não o conheceram antes da amputação. P3 está neste momento confinado a poder agir conforme o que conhece, sem improvisação, e junto daqueles que conhece, fora dessas circunstâncias, P3 é forçado a não agir e a não manifestar os seus pensamentos e vontades.	
E.: A outra parte foi no passado...? P3: Exactamente, eu não posso exigir nada de ninguém porque eu próprio dou o máximo mas não sai, pah, não sai nada de jeito, né?!	74 Sem o braço, P3 sente que perdeu o direito de obrigar outra pessoa a dar de si porque também deixou de poder dar de si o que ele considera que deve ser exemplar, único e bom.	74-75 Ao sentir que perdeu direitos sobre a valorização daquele que antes da amputação era o seu sentido para a vida, P3 sente que também perdeu direitos sobre o poder de decidir sobre o que deveria ser o sentido da vida e das tarefas dos outros, e assim agora desvaloriza o que faz agora sempre que se compara com o seu passado.
E.: É isso que sente agora, que “não sai nada de jeito”? P3: Não... não é <i>não sai nada de jeito</i> , não sai nada como o que era antigam..., como eu fazia antigamente.	75 P3 refere que ocorreram mudanças na forma como pode proceder com a amputação, mas que estas não necessariamente más.	
De jeito sai, né, eu posso, agora as coisas que eu quero fazer neste momento ficam bem feitas, ou pronto, iguais, mas o tempo que eu demorava a fazer, p.e. agora tou a arranjar a minha casa, as coisas que eu fazia numa hora, instalar uma caixa ou uma coisa, agora se calhar levo uma tarde. Fica bem feito, dentro dos possíveis, né, mas não é fazer depressa e bem, é devagar e mais	76 Agora, P3 precisa demorar-se mais nas tarefas, os resultados finais visíveis perderam algumas características do que P3 considerava ser exemplar ou perfeito, e para além disso as tarefas tornaram-se mais aborrecidas (menos motivadoras). Com a amputação P3 começou a sentir menos força	

ou menos, e... é... é chato, é chato. Mas eu sei, eu sei que a instalação eléctrica que tenho lá em casa podia fazer, numa semana fazia aquilo tudo, sem chatices nenhuma, e agora se for preciso, tou lá um mês	mobilizadora das acções e da gratificação que pudesse retirar das tarefas e da relação com as pessoas.	
e tenho que pedir ajuda à minha mãe, “segura aí, marca aqui”, não é, não é, pronto para além de uma arma foi um instrumento de trabalho perdido. Tanto instrumento de trabalho como de divertimento, tudo.	77 Com a amputação, P3 deixou de poder agir e utilizar o seu corpo independente de outras pessoas, e assim acumulou a perda de um utensílio de guerra e de trabalho à perda também das suas relações com os outros tal como as conhecia.	
E.: Tinha o seu braço como um instrumento, como uma arma, como...? P3: Sim! Sim. E.: São objectos também, não é, um instrumento, uma arma...? P3: Não, não, não era.... Não era objecto mas era um... era o.. o... era como se fosse! Um objecto... nunca pensei isso dessa maneira, como um objecto, né. Mas se a gente for ver bem, acaba por ser, porque utilizava-o como tal, não é. E.: Utilizava-o dessa maneira...? P3: Sim, se era jogar futebol, servia pra bater, se era para jogar..., se era pra agarrar uma coisa qualquer.. acaba por ser um objecto sem... mas se nós pensarmos... Eu tou aqui tou a fazer assim ao dedo [] nem me tou a aperceber da coisa mas tou a fazer, mas a senhora que está aí desse lado se calhar só por ver estes gestos se apercebe de qualquer coisa não é? E eu... é, tenho que considerar um objecto, né, visto dessa maneira acho... acho que sim! É um objecto.	78 Para P3, o seu braço era usado de forma utilitária e isso era feito sem que dedicasse tempo a reflectir ou a tomar consciência. P3 não só relacionava-se com as pessoas de forma independente, como também se relacionava com o seu corpo do mesmo modo, partes do corpo independentes e autónomas que agiam para um objectivo comum, independentemente de como se articulavam ou de como podiam ser conhecidas por si.	
E então derivado, derivado de um objecto que me dava... eu queria dar a 100% em tudo, porque eu queria fazer as coisas todas certinhas, agora se calhar fico com 50% das, da, da capacidade de fazer as coisas como fazia antigamente, ou seja, foi, foi, foi isso, e é isso que me deixa mais...	79 Com a perda do seu braço como utensílio, P3 sente que perdeu a capacidade de se dedicar inteiramente e sozinho a todas as actividades, e isso é sentido com dificuldade e com sofrimento (como se verá no ponto 82)	
eu já vivo, já vivo melhor com essa situação, pronto, agora começo a fazer as coisas, ‘tou na casa, já fiz a instalação eléctrica da sala, já pintei, e começo a aperceber-me que vou fazer as	80 P3 continua a esforçar-se por conseguir realizar algumas tarefas que realizava antes da amputação, e perceber que	
		80-81 Apesar de considerar relevante poder continuar a realizar tarefas, ainda que de

coisas à mesma!	continua a saber fazê-las e realizá-las é algo positivo e motivador que o ajuda voltar a lidar com os seus desafios de forma construtiva e menos dolorosa.	modo relacional e funcional diferente, é algo que vê como uma conquista que lhe devolve um certo sentimento de competência. Porém, P3 sente que precisa de mais tempo de adaptação, e isso fá-lo sentir que as evoluções/conquistas que vai notando e si mesmo nesse sentido, parecem que perdem a sua importância quando se compara com as exigências externas a si mesmo, contextuais históricas, próprias da época acelerada em que vive, e isto fá-lo reforçar em si sentimentos de incompetência e de desadequação.
Já não vou poder trabalhar, porque ninguém quer um electricista a fazer uma instalação eléctrica que leve 2 anos, as coisas são feitas... hoje em dia as coisas são feitas com velocidade, 'pra se ganhar dinheiro 'né, e eu sei que já não posso viver, já não posso viver... do trabalho, 'plo menos desse trabalho. Portanto, eu vejo-me, vejo-me limitado a... a muita coisa, e isso é que me deixa mais... triste, desapontado.	81 Porém, P3 à medida que vai descobrindo as suas capacidades com a ausência do braço, também vai percebendo que precisa de mais tempo para realizar tarefas e com isso sente-se desactualizado às exigências da sociedade em que vive e das condições de velocidade e limite de tempo que os empregadores exigem, e isso fá-lo sentir-se triste e desapontado, desiludido com o que agora pode fazer com o seu corpo e nas circunstâncias actuais, que não são só pessoais mas também sociais.	
** porque eu tenho vontade, sei como é que se faz, mas não as consigo fazer, não consigo passar muito coisa, a... imaginação, ou de idealizar as coisas ou pô-las a funcionar ou... falta-me sempre qualquer coisa, falta-me a mão para segurar e a mão para apertar. Eu sei como é que hei-de fazer, mas não as consigo por a trabalhar. É o que me dói... 'pra mim é o que me custa mais,	82 P3 sente que sem utilizar a sua mãe como instrumento, estará sempre em falta em qualquer tarefa ou acção, de forma invisível e interna (imaginação, pensamento, projectos), ou de forma visível e externa (o resultado final), e isso é sentido como o seu maior sofrimento relacionado com a amputação.	
o resto, o resto..., para além das dores, 'né, porque as dores também chateiam, as dores também custa, fazem-me lembrar sempre... E.: Temos de terminar... não, podemos continuar entretanto, eu só vou desligar o gravador, porque já estamos a passar o tempo estipulado para a entrevista... [Continuámos a entrevista mas sem gravação, durante mais cerca de 10 minutos, a fim de respeitar e valorizar toda a confiança que P3 depositou em mim ao expor as suas dificuldades, voltando a falar claramente sobre elas no final da entrevista. Depois, agradeci a sua disponibilidade e despedimo-nos cordialmente.]	83 P3 faz uma distinção entre as dores físicas e as dores afectivas e emocionais, e refere que as dores físicas são uma forma de ligação às lembranças acerca das suas recentes dificuldades e limitações.	

ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-PSICOLÓGICA

Participante 4 (P4)

Homem de 67 anos, com amputação traumática do braço e perna direitos, devido a queda numa linha de comboios aos 31 anos

Unidades de significado (linguagem do participante conforme <i>Lebenswelt</i>)	Significado psicológico (perspectiva psicológica sem terminologia técnica e sem expressões do participante)	
Entrevistadora: P4, vou pedir-lhe que se lembre de uma situação, que tenha sido importante para si, relacionada com a amputação do seu braço e perna, e depois que me fale um pouco acerca dessa experiência, como foi para si vivê-la. P4: Soube muito a... quando quando vim da sala de operações, a segunda vez que fui operado, e que ela... (voz falha e dá lugar a um breve sufoco e lágrimas) Ent.: ..hum... ainda custa um bocadinho...? P4: São filhos..! ...Tá a perceber? (A chorar) Entr.: Hum-hum... (carinhosamente) P4: ...E ela... correu para mim!... Custa... custam essas coisas. Pronto. Ah... hoje também já tenho netos, 'né, sabe como são estas coisas. É assim. Foi... hum.. um-um [momento] que marcou bastante foi, foi aquele. Entr.: O momento de vê-la a correr para si... querer abraça-la? P4: Pois... (chora enquanto assente com a cabeça e <i>facis</i>) Entr.: Foi o que custou mais, nesse momento...? P4: Foi.	1 Quando solicitado pela investigadora, P4 referiu que o momento mais significativo foi quando quis abraçar a filha com os dois braços e confrontou-se com a falta de um deles. Perceber que já não podia fazer corresponder a sua vontade aos seus actos da mesma forma como fazia antes da amputação, foi para P4 uma perda não só do braço mas também da sua capacidade para agir de acordo com a sua vontade e continuidade com a forma como fez no seu passado. Houve para P4 uma impossibilidade de se reaproximar à sua filha através da forma que desejava, e recordar esse momento foi uma experiência comovente para P4 e diferente do que costumava fazer.	1-3 Na sua história relacionada com as suas duas amputações, foi a perda do braço direito que mais marcou P4, uma vez que com ele perdeu também a possibilidade de, ao regressar da sala de operações, abraçar com os dois braços a sua filha e corresponder ao desejo dos dois (da filha e dele próprio) de uma troca de afectos corporal e próxima. Para P4 foi importante continuar a procurar formas de se sentir melhor, sem esquecer esta dificuldade inicial, e para isso confiou na possibilidade de um regresso ao seu trabalho da forma como sempre havia trabalhado, repousando nas palavras de incentivo e no tempo dado pelo seu empregador, que seria o que P4 considerasse necessário para recuperar capacidades perdidas temporariamente. Para P4 não seria possível mudar os acontecimentos, mas seria possível agir sobre eles, adaptar-se à nova situação, e isso seria tanto mais alcançável quanto mais ajuda recebesse de outrem com poder decisivo sobre a sua capacidade de trabalho.
O encarar a vida, isso (sobe o tom de voz já sem choro). Agora e sempre!	2 Devido à dificuldade sentida por P4 a explorar esse acontecimento e vivências passadas, P4 decidiu reportar/mobilizar-se para outros momentos significativos para si, (como vemos a partir do ponto nº3, para o período seguinte ao primeiro ano e meio após as amputações).	

	Na sobrevivência ao acidente foi importante enfrentar os acontecimentos que se seguiram na sua vida, não negligenciá-los e assim lidar com eles. P4 estava consciente de que a perda do braço foi marcante na sua vida, mas também acreditava que a forma de resolver as suas dificuldades seria continuar a projectar-se no futuro com esperança de ir alcançando maior satisfação pessoal.	
Pronto, não tinha dois braços para trabalhar mas... havia de haver alguma coisa, conforme foi. E isso foi até uma das coisas que o meu patrão, na altura, me disse: “trata-te, trata-te, que depois logo vens”, e eu só voltei ao trabalho já passado mais ‘praí ano e meio ou coisa assim, no entanto... e ele aceitou... novamente.	3 Para enfrentar as dificuldades impostas pela amputação, foi importante que P4 pudesse contar com o incentivo do patrão de então e também que tivesse a sua permissão para usar do tempo que fosse necessário para que pudesse recuperar a um estado mais estável do ponto de vista da saúde e capaz de trabalhar. Sentir essa aceitação foi importante na fase inicial da amputação.	
Claro tive foi sempre... fui sempre um bocado rejeitado. Na questão de dinheiro, na categoria. Porque davam-me dinheiro, podiam-me dar dinheiro. Agora, eu era de “primeira” se a tabela era de 65, eu ‘tava com 65.500, e.. podiam dar 70, ou 68, ou 70 a outros de primeira. Aí é que eu me sentia... Senti muito essa diferença.	4 Apesar da aceitação do patrão em dar espaço de tempo suficiente para que pudesse recuperar, P4 sentiu que quando voltou a trabalhar passou a ser discriminado em relação a outros colegas.	4-6 O regresso de P4 à actividade laboral foi marcado por um sentimento de ser discriminado face a outros colegas, e isso trouxe-lhe uma sensação de estar prisioneiro de um modo de funcionamento que não dependia de si e de um local de trabalho único e sem escolha de mudança. P4 foi percebendo que havia algo irremediavelmente perdido pois não poderia voltar a usar os seus braços como o fazia antes e havia situações que por isso já não podiam ser mudadas, como o local de trabalho. Porém, P4 sentia-se em conflito, sem saber como poderia agir nessas circunstâncias, pois simultaneamente, P4 sentia incentivo emocional do seu empregador e não se sentia livre para escolher outros locais de trabalho.
Mas pronto, também encarava que eles faziam isso porque sabiam que eu que não ia para mais lado nenhum. Não me ia, não me podia ir embora! Entr.: Era uma forma de... P4: Era uma forma de me segurarem. E fiquei, fiquei até que a firma fechou, em 95. Estive sempre ao serviço.	5 P4 pensou que estaria a ser alvo de discriminação porque era visto pelos outros como incapaz de sair daquele local, e com isso sentiu-se aprisionado daquele sistema e local de trabalho, activo até ao seu fechamento.	
E pronto, não, não tenho assim coisas marcantes, mais.	6 P4 considera que as situações mais marcantes relacionadas com a sua amputação prendem-se com as impossibilidades que sentiu em voltar a usar os seus braços como o fazia antes, em readaptar-se a lidar com a situação alterada e dificultada, antes do período de tratamento inicial e depois, e sentir em simultâneo o	

	apoio do seu patrão e a impossibilidade de mudar de local de trabalho por sua iniciativa.	
Entr.: Em relação à questão de ter lá ficado e o facto de ter sentido a diferença... P4: Senti, senti essa diferença. Entr.: Como é que foi na altura, perceber que não ia aumentar..? P4: Não, eles aumentavam-me, mas sempre menos que a outros. Se bem que da minha profissão havia poucos, éramos para aí uma meia dúzia deles. Mas eu digo é em relação a outras profissões, né. P.e. eu era torneiro e os outros eram soldadores, ou serralheiros, ou isso, e, eles davam-lhes mais dinheiro – se calhar para os segurarem também.	7 Para P4, pertencer a uma classe profissional que era remunerada inferiormente em relação às outras e da qual fazia parte uma minoria de pessoas foram condições incontornáveis e sobre as quais não sentia poder para as alterar a fim de se sentir tratado com justiça pelos patrões após a amputação.	7-8 P4 associou a sua impossibilidade de escolha e de acção/mobilidade às amputações, mas também à profissão que havia escolhido já antes das amputações, também ela limitada (a ser mal remunerada comparativamente com outras).
Mas eu, ficava-me naquela, dizia “então mas àquele e não me dão mais a mim?! Porque eu não me posso ir embora daqui.” Entr.: Como é que fazia isso nessa altura? P4: Como, aguentava-me, aguentava-me! Pronto.	8 À falta de poder profissional, P4 acrescentou a falta dos membros como recurso pessoal. Ser amputado fê-lo sentir uma impossibilidade acrescida à sua capacidade de acção e de mobilidade.	
Às vezes, às vezes reagia, não é! Reagia, “então mas afinal e tal!”... Calavam-se. Não, eu reagia só perante o chefe, não é, que tinha sido um colega, e eu reagia perante ele. Aos patrões praticamente não podia dizer nada. Não tínhamos acesso a discutir coisas de ordenados.	9 P4 considerava que a força das suas acções só era parcialmente aceite e permitida quando dirigida a pessoas mais próximas, para P4 era difícil sentir acesso às pessoas com quem tinha relações profissionais hierárquicas de inferioridade, e com quem não tinha contacto frequente nem história pessoal construída no passado. Não ser aceite na sua diferença fora de contextos que lhe eram familiares, era um receio que o acompanhava nas suas decisões e forma de expressão.	9-11 Para P4 a proximidade afectiva, a frequência dos contactos, as experiências e passado em comum, e a proximidade hierárquica foram factores que o ajudaram a mobilizar-se e a reagir verbalmente contra as discriminações, porém, sem estes factores conjugados, P4 sentia ausência de poder pessoal para agir face às discriminações que sentia, e assim, sentia-se dependente da acção de pessoas ou factores externos a si para afirmar a sua posição, agir e mudar no caso de descontentamento. P4 sentia-se incapaz de actuar de acordo com a sua vontade e com os seus recursos pessoais, físicos, psicológicos, contextuais/ambientais, e de história passada já construída. Enquanto os
Entr.: Mas como era isso, sentia a diferença mas depois não podia dizer, não era... P4: Sentia e tinha que me calar, tinha que me aguentar, né?! E eu próprio também não resolvia nada porque também sabia que não podia sair dali, para onde é que eu ia? Eu próprio sentia isso, não podia adiantar nada.	10 Com as chefias que ocupavam o topo da hierarquia, P4 sentia que não tinha oportunidades de diálogo face às suas discórdias e em simultâneo sentia que mesmo que sentisse abertura para o diálogo da parte dessas pessoas, desvalorizava isso porque ele não conseguia ver formas	

	de poder mudar a sua situação profissional, não sentia poder pessoal para o conseguir fazer. Quando mudou de emprego foi devido a factores que não pode controlar pela sua vontade, e foi encarado como uma oportunidade para continuar sem mudar a sua atitude de não expressão dos seus descontentamentos.	acontecimentos da sua vida foram mudando por acção de outros, e não por sua intervenção directa, P4 foi reforçado a perspectiva de que devia manter-se afastado das vontades de mudança e decisões relativas a mudanças significativas na sua vida. Com o acréscimo das amputações, P4 sentia-se incapaz, submisso, e resignado às vontades e acções de outros que lhe eram inacessíveis e distantes afectivamente.
Entr.: Esse sentimento de que não podia adiantar nada, aconteceu também noutras situações, ou foi só no trabalho? P4: Não! Não, porque depois.. aquilo fechou em 95, eu estive no desemprego e depois fui para aquela oficina, também já quase com 60 anos, e pensei “é mais uns anos que eu vou fazer de caixa”, e pronto sujeitei-me a isso, pois. Estive ali mais 4 anos e... e depois então voltei para o desemprego e reformei-me, pronto, sujeitei-me.	11 Após as amputações, enquanto foi trabalhador activo P4 considerava-se incapaz de mudar as situações com as quais discordava ou que não gostava, e durante essa altura P4 sentiu-se a ser submisso e resignado às vontades e acções de outros superiores hierárquicos e não considerava ter qualquer poder de escolha sobre essa sua posição. Não expressar os seus descontentamentos dava-lhe a sensação de que estava a contribuir para a continuidade da sua vida de forma segura e estável economicamente.	
Entr.: Fala de “aguentar-se”, “sujeitar-se”... P4: Sim! Tá a ver... Entr.: O que é isso para si, “sujeitar-se”? P4: É, é a forma de.. é o lutar sempre. Entr.: Sujeitar-se tem a ver com uma luta sempre? P4: Pois...é... não parar! Pois. Entr.: Estas perguntas por vezes podem ser pouco habituais... P4.: São, pois é pois é! São pouco habituais, e a gente vai andando no dia a dia e nem se vai apercebendo acerca do que é que vai, vai surgir...	12 Para P4, a submissão era uma forma de acção que utilizava intencionalmente para poder continuar a ter a permissão dos outros para trabalhar, e isso para si era uma forma de alcançar objectivos com a sensação de esforço e conquista pessoal e com a sensação de que afinal ainda havia formas de acção e de movimento. Contudo, esta sua forma de intervir na sua vida foi construída sob um movimento permanente sem que P4 tivesse alguma vez compreendendo até onde poderia chegar com este movimento, com estas atitudes e comportamentos. A sua vida profissional foi construída por si, segundo uma única possibilidade de acção, a única que sentia que lhe poderia dar poder mas, ainda assim,	12-14 P4 reforçou esta sua forma relacional intencionalmente por considerá-la a sua única forma de acção e a única forma de sentir que, apesar dos descontentamentos, ainda tinha poder, através da sua capacidade de esforço para suportar essas condições não desejadas, e da sua capacidade de perseverar até atingir alguns objectivos económicos a longo prazo. Porém, P4 revela algumas tensões perante esta sua posição, e oscila entre considerá-la intencional e planeada, e considerá-la não escolhida conscientemente e de difícil acesso pela via da memória e da

	sem certezas acerca do seu desenvolvimento.	
Entr.: As coisas foram surgindo... e agora à distância [temporal] olhar para elas é diferente? P4: Pois, é um bocadinho, é um bocadinho diferente. Depois também estar a falar nelas também... também... não é o custar! O que é é que também às vezes de momento não surge.	13 Voltar a lembrar-se de como construiu a sua vida profissional após as amputações é para P4 uma forma de ver o seu percurso diferentemente do que via no passado e isso por vezes torna-se difícil de fazer porque demora algum tempo a aceder a essas memórias.	retrospectiva, pois P4 considera não estar habituado a planear as suas próprias acções e a estruturá-las ao ponto de posteriormente poder revê-las com clareza.
Entr.: Hum-hum... mas este sentimento de “sujeição”, quer falar-me um pouco dele, ou não..? A partir do momento em que não se sentir confortável para responder ou falar, sintá-se à vontade, está bem..? P4: Não, é assim... o suj.. o sujeitar-me, sei lá, a.. não, não era revolucionário! Entr.: Para si sujeitar-se era não ser revolucionário? P4: Não era assim... acatava a ordem. Era o “sujeitava-me”.	14 Para P4 era importante que pudesse fazer o que os seus superiores hierárquicos lhe ordenavam sem que manifestasse a sua posição ou vontade de mudança.	
Entr.: O que é que era para si ser revolucionário na altura? P4: Vamo lá ver, eu não sou revolucionário... “revolucionário”, sei lá! Pôr ideias, ou discutir ideias, ou coisas assim parecidas, não é? Mas eu não, nem nunca pertencia a partidos ou coisas assim parecidas. Nunca, não, não tenho assim grandes coisas políticas. E pronto, por isso eu me sujeitava ao pouco que me davam. ...Mas... quer que eu volte a falar do acidente, e dessas coisas todas...?	15 P4 considerava que devia agir em conformidade com as acções das pessoas com quem não concordava mas que lhe asseguravam a possibilidade de trabalhar. Porém, para P4 o que ganhava através desta sua posição e relação com os outros era pouco comparativamente com aquilo que ambicionava.	15-16 P4 sentia que apesar de reforçar as suas atitudes de dependência de outros para as mudanças laborais devido às amputações, considerava que era alvo de relacionamentos desiguais e injustos relativamente às suas ambições.
Entr.: Eu queria que me falasse de como foi essa experiência ao se confrontar com estas dificuldades... surgiram algumas, começou a falar-me de quando viu a filha pela primeira vez depois do acidente, depois falou-me da outra experiência do trabalho... P4: Mas dificuldades assim que tenho no meu dia-a-dia? Entr.: Podem não ser dificuldades... eu só falei agora do que me contou até agora... mas podem até ser experiências que não sejam de dificuldades, o que importa para mim é saber como foi a sua experiência mais marcante, aquela que lhe vem logo “à ideia”, de todas as que me falou até agora, relacionada com a amputação. P4: (Pensativo) Não tenho, não tenho, é que não tenho assim nenhuma mais forte, não. É como lhe digo, encarei sempre a...	16 Para P4, após a amputação não houve nenhuma experiência que tenha sido mais relevante, pois P4 considera que todos os momentos exigiram um olhar frontal para o facto de que estava amputado.	

isto.		
Porque quando foi do acidente, ah.. eu senti logo que isto foi tudo esmagado, não é... Senti, que estava tudo esmagado. Pronto, e.. quando acordei da operação... e isto há uma dor, que é chamada a dor fantasma, que a gente não se apercebe que temos a falta da amputação. Entr.: E o sr. teve essa dor? P4: Não, esta sensação de a gente mexer, mexer os dedos aqui assim através das, dos tendões, dá a sensação de que a gente mexe, é chamada a dor fantasma.	17 Desde o momento do acidente que P4 teve consciência de que algo transformador tinha acontecido ao seu corpo, porém, devido à dor nos membros fantasmas que sentiu, não teve a percepção imediata de que tinha ficado amputado.	17-21 P4 atribui à dor nos membros fantasmas o motivo pelo qual continua sem sentir que a perda dos membros seja muito relevante para a sua vida, pois assim não lhe foi permitido sentir rupturas significativas na sua forma de agir ou nas disposições emocionais. Para P4, a necessidade de voltar a aprender a fazer as suas rotinas sem os membros em falta foi referido que foi encarado como algo natural e necessário ao qual se dedicou sem angústias ou precipitações perturbadoras do seu bem-estar, usando da sua persistência e paciência habitual, e recorrendo, especialmente no início, ao auxílio de próteses para alcançar objectivos práticos das rotinas diárias. Esta sua atitude ajudou-o a voltar gradualmente a actividades anteriores às amputações e isso foi significativo para P4, para sentir o retorno do controlo sobre a sua vida, com a ajuda do tipo de mobilidade interna que lhe era familiar (sem limitações neste campo) mas adaptando-a à sua nova condição corporal, aos seus novos limites físicos.
Entr.: E teve? P4: Tem-se. Entr.: Ainda tem... P4: Tenho...! O que é é que é uma coisa que não nos leva propriamente a achar grande... a falta, não é...	18 Uma vez que a dor nos membros fantasma perdura até hoje, P4 continua sem sentir que a falta dos membros seja algo muito significativo.	
Entr.: Porque essa dor fantasma... P4: Atenua. Entr.: Atenua. Como é isso? P4: Atenua por... a gente sente a dor, mas o dizer assim, dizer-se que tenho falta da mão, não, não porque a gente está... actuam, actuam aqui o... os tendões. Entr.: E sente como se tivesse ainda o prolongamento do braço? P4: Sim, é. Entr.: Isso tem ajudado também...? P4: Também, também. Mais no início não é, porque a 'gente não 'tá mais obcecado com a falta mesmo da mão.	19 A dor nos membros fantasma contribui para que P4 continue a sentir a ilusão de que não foi amputado, apesar de ter sido nos primeiros momentos após a cirurgia que essa ilusão perceptiva contribuiu mais para não valorizar as suas amputações como perdas muito significativas. Para P4 foi importante não valorizar muito a falta dos membros e com isso sentir alguma continuidade na sua vida. A possibilidade de continuar a agir e de não sentir com grande impacto emocional as faltas (como podemos ver nos excertos seguintes da entrevista).	

Entr.: Houve momentos em que estive “obcecado” com essa falta? P4: Ah.. não... isto foi feito... foi, fui, fui-me sempre habituando, sempre a... adaptando a tudo, faço tudo, faço tudo na vida... eu acento tijolo, eu faço pesc.. coisas lá no quintal, trabalho de pedreiro para mim não é, eu faço de tudo. Mesmo sem, mesmo sem a mão. Escrevo, escrevo à esquerda, faço tudo. Entr.: Passou a escrever à esquerda? Era dextro, escrevia com a direita? P4: Era. Era, e passei a escrever à esquerda... escrevo tudo, faço tudo. Escrevo.. pronto. Assim que comprei um aparelho, a prótese, eu como de faca e garfo. Entr.: Dessas experiências todas que continuou a fazer, mas que passou a fazer de maneira diferente não é, como escrever da direita para a esquerda, comer de faca e garfo com a prótese, quer falar-me um bocadinho mais como foi? P4: Ah.. vamos lá ver, o aparelho foi feito em Alcoitão não é, e eu andei três semanas a caminhar para lá, com uma terapeuta, a... a treinar-nos, durante essas três semanas. Entr.: Hum-hum... esteve a treinar... P4: Com a prótese, o comer, jogar às damas, atar os sapatos, apanhar uma moeda com a prótese, tive esses treinos todos, apanhar um pano no ar, pronto, diversos treinos!	20 As amputações não contribuíram para que P4 deixasse de fazer as actividades que fazia antes, pois P4 recusou parar de cuidar de si e dos seus empreendimentos e decidiu voltar a aprender o que antes fazia, agora utilizando menos um membro superior e um inferior, de forma gradual, ao longo do tempo, continuado e persistente nos treinos das aprendizagens e, quando necessário, recorrendo à ajuda da prótese, aprendendo também a utilizá-la. O uso de próteses contribuiu, numa fase inicial, para voltar a poder fazer tudo o que fazia antes do acidente. Voltar às actividades prévias foi importante.	
Entr.: Hum-hum... como é que foi essa experiência? Quer falar-me um pouco sobre isso? Como foi treinar, e aprender a fazer essas coisas todas com a prótese? P4: Eh.. era tudo feito com-com-com com vontade, não é.	21 P4 foi sentiu-se motivado pela vontade que tinha de aprender e de treinar voltar a fazer as suas actividades quotidianas na nova condição corporal.	
Entr.: Tinha vontade? P4: Pois, sempre, sempre. Tanto que o meu médico, ele próprio é que me disse: “vais para Alcoitão, porque há uma prótese assim e assim, com dois ganchos, fazes tudo, fazes tudo e vens de lá”, e eu fui para Alcoitão. Fui lá eu, fazer isso tudo, durante o ano de 70 e., 74 ou 75. Eu saí em 74 do hospital, e depois é que andei, depois é que comecei a tratar dessas coisas. A andar lá.	22 A sua vontade foi por sua vez reforçada pelas indicações que recebeu do seu médico para o fazer depois de sair do internamento. Foi importante para P4 sentir o apoio do seu médico e ouvir dele a certeza de que P4 não iria renunciar a nada do que queria. Poder continuar a fazer as mesmas actividades quotidianas ou rotineiras, para si	22-24 Apesar de P4 valorizar a sua capacidade de acção e de aprendizagem para adaptação à sua nova condição, P4 considera também relevante o papel motivador do seu médico, à saída do internamento, quando este lhe desenhou um futuro promissor de sucesso

	era a possibilidade de não sofrer mais nenhuma perda, de não deixar incompletos os seus projectos, permanecendo uma sensação de continuidade e de integridade pessoal.	adaptativo e de esperança de continuidade de progressão e concretização das suas ambições de vida pessoais, independentemente das amputações, pois esta atitude do seu médico foi para si inspiradora para continuar a investir nas suas acções tal como acreditava ser melhor para si e seus objectivos de vida. A conjugação da continuidade do seu estilo relacional e de acção com a inspiração e confiança em si injectada pelo seu médico, juntamente com o facto de ter a percepção de que ainda teria muito tempo de vida para recuperar competências através de novas aprendizagens, foram contributos para que P4 encarasse as suas amputações com algum grau de desafecção quer na capacidade habitual para agir, quer na sua percepção da sua imagem e cinestésias corporais.
Pronto, são coisas que acontecem, pronto,	23 P4 refere aceitar com naturalidade as mudanças no seu corpo e consequentemente na sua forma de actuar, sendo que considera que as amputações que sofreu foram acidentais e pertencem ao domínio das possibilidades de viver.	
a gente aprende bem... e eu era novo nessa altura. Entr.: Tinha quantos anos nessa altura? P4: Tinha 31 anos quando me aconteceu o acidente. Entr.: “Ser novo” foi um factor importante? P4: Foi! Foi, foi. Facilitou... no encarar, no aprender, no encarar as coisas, e na recuperação. Entr.: Na recuperação... na aprendizagem de outras formas de fazer as coisas ... P4: Pois, era novo, e saudável, e tudo, e pronto, fiz sempre tudo tudo!	24 P4 confiou na sua capacidade de aprendizagem de ajustamento à situação nova, e para isso foi importante para si sentir que ainda teria muito tempo de vida e de saúde para poder aprender a enfrentar os factos irreversíveis e reaprender a continuar a fazer as acções que fazia antes. Ser jovem na altura inicial das suas amputações foi para si uma forma de não sentir tanto as faltas corporais e das capacidades de acção.	
Entr.: Aprender, encarar,... quer falar-me um bocadinho? Dessas experiências todas qual foi aquela que... ou qual é aquela que acha que neste momento que me pode falar um bocadinho mais? P4: O... o encarar a coisa. O encarar a coisa já já desde o princípio, não é. Entr.: Encarar... Como é que foi esse processo de encarar, foi de uma vez, foi ao longo do tempo...? P4: Foi no dia-a-dia. Entr.: Quando fala em “encarar” está a falar-me de quê? P4: De.. enfrentar a vida.	25 Para P4, as suas experiências de realização pessoal após a amputação foram marcadas predominantemente pelo ímpeto que sentiu desde o primeiro momento para enfrentar os seus novos recursos pessoais e circunstâncias com que se deparava.	25-28 P4 continuou a investir na sua familiar capacidade de trabalho para poder aprender a adaptar-se às consequências das amputações no seu corpo, e na sua vida e continuar a lutar pelos seus projectos relacionados com a sua casa, com a educação dos seus filhos e planeamento familiar, continuando a contar com mais uma ajuda importante na sua vida, a ajuda da sua esposa, através do trabalho e esforços conjugados de acções e projectos em comum.
Entr.: De enfrentar a vida, e a vida poderia ser o quê, que coisas na vida? P4: Sei lá, o ter sempre trabalho e.. pronto. Entr.: Trabalho...	26 Para continuar a aprender e a enfrentar os acontecimentos que não podia decidir ou prever, P4 investiu na sua capacidade para trabalhar, para realizar os	

P4: E... ver a minha vida realizada, com... com casa, com filhos – por acaso eu não voltei a ter mais, né, mas.. – e... pronto, e a minha mulher depois também me ajudou muito, né.	seus projectos pessoais relacionados com a habitação, e com os filhos.	
Ela depois ‘tamém começou a trabalhar, que até à altura não trabalhava, também começou a trabalhar, e fizemos assim.	27 P4 refere que após a amputação houve uma paragem ou estagnação na sua actividade reprodutiva por um lado, e um aumento da ajuda e aumento da actividade da sua esposa, por outro.	
Entr.: De todas essas experiências relacionadas com “encarar a vida” e as mudanças, há alguma que sobressaia, alguma experiência que tenha sido assim mais marcante nessa sua luta, como estava a dizer há pouco...? P4: Nã.. é como digo, era a luta do dia-a-dia, e fui sempre progredindo... Entr.: Sente que houve sempre uma progressão? P4: Houve, houve sempre. Entr.: Um aumento...? P4: Sim, nunca fiquei parado, nunca ‘desmoreci, pronto, sempre com ânimo, prá frente. Entr.: Como é que é esse ânimo?	28 A sua vida após a amputação é vista como uma construção em conjunto com a sua esposa. 29 Enfrentar as circunstâncias da sua vida foi algo que fez gradualmente e sempre em sentido ascendente, com progressivo melhoramento devido ao facto de ter renunciado a deixar de trabalhar nas suas aprendizagens, treinos e investimento da vontade para cumprir os seus projectos e metas além das circunstâncias momentâneas ou dadas no presente.	
P4: (risos) Ah.. como é que é o ânimo?! Eh.. é o ânimo porque, vamos lá ver, inclusive tive outras actividades: fui director desportivo, fui... vários anos, e... sempre com actividade no Sintrense a jogar, ah a jogar futebol não! Portanto, como dirigente normalmente era sempre tesoureiro ou uma coisa assim parecida, é que eu ‘pra contas ‘tava por ali, e estou ainda. Entr.: E isso dava-lhe ânimo, e dá... P4: Dá. Tanto que dá que ainda tenho aquela actividade da, da cobrança. Entr.: Da cobrança... hum-hum... então o seu ânimo manifestava-se nas coisas que ia fazendo, e manifesta-se... P4: E manifesta-se, sempre!	30 A sua capacidade de investir com vigor na sua vida foi sendo reforçada até à actualidade através de actividades fora do contexto familiar, de índole cultural/desportivo e social nas quais tinha conhecimento das suas mais valias e dos seus limites: sabia que podia ser útil com mestria em actividades intelectuais matemáticas (pensamento abstracto) e em colaboração com outras pessoas em funções de coordenação e planeamento estratégico de recursos, sem se envolver em actividades que implicassem a aplicação de todo o corpo e onde poderia vir a sentir mais evidente a falta dos membros.	29-30 Para P4 sentir que conseguiu intervir na sua vida de forma activa, foi importante que rejeitasse a possibilidade de que poderia não agir com trabalho e esforço de perseverança nas suas aprendizagens, treinos e investimento nos seus projectos com a esperança destes poderem vir a transcender as circunstâncias presentes das amputações. Para cumprir esta sua demanda, P4 necessitou de se envolver, para além de a nível profissional, também a nível familiar, e social/cultural nas áreas em que considera ter vantagens pela sua competência pessoal que não implicassem necessariamente o seu corpo físico, mas fundamentalmente os seus recursos intelectuais e relacionais.

Entr.: Há pouco falava-me, antes de começarmos a gravar, de todas as actividades que faz... P4: Que faço...? Entr.: Que faz agora, faz a cobrança... P4: Ah, os trabalhos que fiz, o a profissão que tive, isso? Entr.: Ah.. contava-me que neste momento continua a fazer cobrança... há pouco contava-me como é que era essa actividade, quer falar um pouco sobre isso, como é que é em relação às suas amputações? P4: Então, tenho uma cobrança de dois furos colectivos de água, em que ando p'lo campo – é no campo – os contadores, uns estão em casas das pessoas, outros estão nos muros, outros estão nas herdades, no campo, ah.. vejo contadores, dou contagens a quem faz depois o.. a.. é o contabilista que faz as contas, as, os recibos, ele depois dá-me os recibos novamente, e eu rec.. e vou ver o rec.. o contador e recebo ao mesmo tempo, vou vendo. Vejo os contadores, se a pessoa está recebo, se não está volto lá amanhã, ou volto lá no outro dia, pronto, e ando naquilo ali umas duas semanas a apanhar aquelas.. à volta de cem pessoas que tenho por minha conta, fazem mais ou menos à volta de quarenta e tal por por furo colectivo, aquilo tem uma rede estendida não é, como as águas das das localidades. E.. pronto, e...	31 Mesmo após a sua reforma, P4 sentiu necessidade de continuar a trabalhar ao serviço de outras pessoas, mobilizando-se autonomamente. Com isto P4 manteve uma continuidade nas suas actividades e conseguiu-o através do contacto que conseguiu manter com outras pessoas através da sua mobilidade física, por um lado, e da requisição dos seus serviços por parte de outros, por outro lado. A manutenção de uma actividade laboral é feita através da procura mútua, do encontro mútuo, da permissão mútua, entre diferentes pessoas que assim colaboram neste processo de mobilidade e acção.	31-37 Para P4, o sucesso da sua adaptação às amputações foi, e continua a ser, dependente de uma rede de investimentos e relações de mutualidade, onde se inclui a mobilidade e recursos pessoais construídos ao longo da sua vida, a ajuda e mobilidade de outros junto de si, e o acesso a um veículo motor. Estas relações co-construídas por P4 e os diferentes intervenientes são promotoras de relações de encontro e de cooperação, de deslocações a diferentes espaços físicos e psicológicos, sentidas de forma confortável e segura, onde P4 se sente competente, capaz, e motivado para prosseguir sem tempos de espera ou impasse. Com estes recursos internos, externos, e co-constituídos, P4 sente que tem o que lhe basta para continuar o seu percurso pessoal de acordo com as suas necessidades, e, inclusive, nestas circunstâncias conjugadas, P4 refere que habitualmente pode abdicar do uso de prótese.
Entr.: Vai no seu transporte..? P4: Desloco-me no triciclo. Entr.: Hum-hum, como é que faz, para conduzir... é um triciclo adaptado? P4: É, tem uma adaptação de acelerador, só. Entr.: Só.. só tem o acelerador..? P4: Não, tem mudanças, tem tudo. Tem mudanças, tem marcha atrás, tem, tem tudo. Ah.. o que é.. o acelerador era de mão, no lado direito, no punho, ah... e adaptei para um acelerador de pé, como num carro, pronto.	32 Para conseguir continuar a realizar as suas tarefas laborais e outras quotidianas, P4 recorre ao auxílio de um veículo seu adaptado às suas necessidades corporais e para si este tem todas as funções e adaptações de que necessita para ser autónomo nos seus movimentos de mobilidade e de encontro com outras pessoas ou diferentes locais de interesse.	
Entr.: E teve de aprender... ou como é que foi sentar-se a primeira vez nesse triciclo, lembra-se?	33 Para P4, a mobilidade no veículo adaptado foi facilitada	

P4: Ah.. não foi, não foi assim grande grande coisa, porque.. foi na altura em que eu ‘tava na oficina da das motorizadas... Entr.: Ah, já estava na oficina, depois de sair do tal trabalho que teve “toda a vida”... P4: Sim... esta coisa da da oficina foi já depois de ter saído daquela fábrica, e estive ainda 4 anos naquela naquela oficina. Depois comprei o triciclo, comprei através da casa, né, [a oficina], e.. – com isenção de IVA, porque tenho isenção de IVA - mandámos vir, e... e pronto, estudamos a forma da adaptação e eu peguei no carro e vim-me embora, quando tava pronto e... Entr.: Foi? Foi logo? P4: Foi. Foi porque eu ‘tava habituado, aquilo tem um guiador como tinha as motorizadas, e eu ‘tava habituado a motorizadas,	pelo conhecimento prévio que tinha acerca de veículos motorizados e da sua condução, e pelas ajudas fiscais que teve direito a receber por parte do estado português. P4 sente que a sua mobilidade foi facilitada devido a uma conjugação de esforços: os seus recursos pessoais adquiridos no passado, e colaboração de outras pessoas nesse processo (como o trabalho e respectivos empregadores, e legislação portuguesa). Por estes motivos conjugados, a sua adaptação e permissão para continuar a mobilizar-se de forma mais rápida e ajudada, não necessitou de tempos de espera ou demora, foi imediata.	
só que tinha.. a.. as motorizadas eram mudanças de pé e ali não, ali é mudanças no no punho e o, e o acelerador no pé direito, pronto. E vou.. só que pronto, é outro equilíbrio, não é como nas motorizadas. Entr.: O equilíbrio é diferente... P4: Não é... não é preciso equilíbrio nenhum.	34 Para além dos recursos pessoais adquiridos com a sua experiência até então, P4 teve a capacidade de aprender outra forma de conduzir trocando os locais habituais de comando e anulando os esforços de equilíbrio.	
Vou, vou com a minha mulher, vou com qualquer pessoa para qualquer lado, todos os dias eu vou. Todos os dias não, quando é preciso. Quando é preciso vou... para todo o lado.	35 Com a ajuda do seu veículo, P4 sente-se capaz de se mobilizar sozinho ou na companhia de terceiros em qualquer circunstancia que sinta necessidade.	
Nem é preciso aparelho... a prótese, não é preciso nada, porque não é preciso ‘tar a segurar-me para equilibrar não é. Entr.: Pois, ali não... basta mudar a embraiagem... e depois a direcção? P4: A direcção, aquilo é levezinho. Tem o guiador... É leve em andamento, né.	36 Quando se desloca com o seu veículo, P4 não sente necessidade de recorrer ao auxílio da prótese, pois com este a sua deslocação já está suficientemente facilitada pela leveza que imprime quando em movimento.	
Entr.: Hum.. e consegue bem manejar com o braço esquerdo... hum-hum. P4: Consigo, consigo. Às vezes ponho a prótese, mas é difícil, é raro.	37 Quando recorre à conjugação do uso do veículo e da prótese, a sua mobilidade no primeiro é dificultada, nestas circunstancias, P4 sente-se melhor sem próteses.	

Quando é de Inverno ando quase sempre com a prótese, por causa de, da, pronto, de mangas compridas, blusão, ou isto ou aquilo, camisola, e então, para andar mais aconchegado, uso a prótese. Entr.: Mais para conforto então? P4: Mais por conforto, e.. a serventia também, também me dá. Entr.: Ajuda? Ajuda a lidar com as coisas? P4: Ajuda. Ajuda a lidar com as coisas! Mas agora, assim de verão, como é agora, não ponho, não ponho as próteses por causa das correias, e do calor, e isso e tal, e.. depois tenho de andar com mangas compridas. Entr.: Porque se não, se não andar com mangas compridas...? P4: Se não ando com o aparelho assim à vista. Correia.. aquilo tem cabos, tem coisas, tem correias...	38 O uso de próteses comporta vantagens de conforto apenas quando estas simulam o volume do braço ou da perna e assim ajudam a disfarçar a sua falta porque não estão visíveis. Para P4 as próteses só são colocadas juntamente com peças de vestuário de Inverno, cumprindo funções de protecção do frio e de funcionalidade, sendo que P4 não as utiliza de forma explícita, pois sente-se obrigado a usá-las apenas de forma camuflada pelas roupas, por motivos que considera alheios a si e característicos da falta de estética da prótese.	38-40 Apesar de considerar a possibilidade do uso de próteses, P4 prefere usá-las apenas de forma escondida pelas roupas, para ocultar as características que considera inestéticas, e de modo a sentir-se mais confortável através do aquecimento e contenção que podem proporcionar quando a temperatura ambiente está fria. Quando a temperatura é quente, P4 prefere libertar o coto do peso e das amarras físicas da sua prótese, para além das amarras psicológicas que lhe causa devido ao que considera falta de estética.
Entr.: E o que é que acha disso, de se mostrar? P4: Não, eu.. encaro tudo bem. Entr.: Não tem problema? P4: Nenhum, nenhum.	39 Para P4 mostrar as próteses é algo que enfrenta como mais uma situação natural ou intercorrente da sua vida.	
Entr.: Mas precisa de usar mangas compridas, não deixar “à vista”... P4: Pois... na.. no Inverno, pois, é mais nesse tempo que eu.. que eu uso aparelho, o aparelho. Entr.: Mas [nesse tempo] para não se ver as correias...? P4: Para não se ver e para proteger do, do frio ou... Entr.: Sim, aí sim, para proteger do frio... mas agora, estava a dizer-me que como também tem correias e cabos, se também usasse no verão tinha de usar manga comprida, e faz calor... P4: Eu assim ando bem, com, sem, com o coto só, a perna, o braço, né?! E... não tenho problema nenhum, e com o aparelho, se calhar assim à vista ou coisa, não sei, nunca andei assim, com, com o aparelho à vista. Não.	40 Para P4, o facto de preferir utilizar as próteses escondendo-as sob a roupa é algo que faz como única forma de utilizá-las, sendo que para si é mas confortável não as utilizar visíveis ou então não as utilizar dando preferência à visibilidade do coto e à liberdade do corpo sem correias e cabos que o amarrem a um corpo que não considera seu (a prótese).	
Entr.: O que é que seria diferente? P4: Seria, seria... sei lá, se calhar seria.. mais olhado, ou coisa assim. Porque há muita gente que...(respira fundo rapidamente)	41 P4 revela receio de poder vir a ser alvo de mais olhares e curiosidade por parte das outras pessoas adultas na	41-44 P4 não considera que a sua prótese de braço possa provocar-lhe constrangimentos devido

eu, mesmo com o aparelho, que não se apercebe de, de... da falta da mão. Entr.: Sim? As pessoas... P4: Pois, as pessoas... ou eu ando com o gancho na algibeira, ou coisa assim, nem se apercebem, né?! Se andasse com o aparelho à vista, se não fosse com uma manga comprida, uma camisa de manga comprida ou coisa assim, se calhar era, era assim mais olhado, mais, mais... Entr.: Notava-se mais... P4: Olhavam mais não é!... “o que será, e o que não será?!”, e tal. Pois...! Entr.: Como é que é isso, de ser olhado pelas outras pessoas? P4: Bom, é como lhe digo, eu assim não, não, não... Entr.: Assim não sente esses olhares... P4: Assim não sinto esse olhar de nada, nada!	hipótese de vir a colocar a descoberta a prótese, porém, para si não é possível imaginar como se sentiria se fosse alvo desses olhares. Nesta situação, é mais fácil P4 imaginar as reacções de outras pessoas a si do que a sua própria reacção a elas, pelo facto de nunca ter vivido essa experiência de revelação explícita da prótese.	ao olhar de terceiros (mas apenas devido ao seu próprio olhar sobre ela, ao seu próprio julgamento estético isolado, e ao seu próprio conforto físico). Paradoxalmente, considera que os outros podem reagir à sua prótese, mas não consegue perceber como se sente com o olhar dos outros com a hipótese desses olhares. Porém, quando os outros são crianças, P4 sente necessidade de minimizar as possibilidades de que se crie distancia entre si e elas devido ao medo ou curiosidade que considera poderem sentir.
Entr.: Mas imagina que se pusesse podia... P4: Quem, quem... por exemplo quando tou.. quando ponho o aparelho as crianças é que olham mais... Entr.: É? São as crianças que reparam mais? P4: É, reparam. As crianças é que reparam mais. Entr.: Já lhe aconteceu alguma situação? P4: Já! Já. Muitas, muitas mesmo, muitas, muitas! E eu não escondo. Não escondo e explico. Verdade. Explico: olha isto é um aparelho, que eu não tenho, não tenho a mão, tive um acidente – sabes o que é um acidente?; Sei...- pronto, olha, vê? Pronto. Agora, porque, porque reparam, as crianças são, são as que mais lhe atraem essas coisas! É, e eu... não tenho problemas, às vezes ao pé, ao pé dos pais, ou coisa assim, às vezes até pessoas conhecidas ou isso.	42 Perante o olhar das crianças para a sua prótese, P4 revela necessidade de se aproximar delas, dando-lhes alguma explicação que possa prevenir que elas possam ter medo.	
Entr.: Hum.. o olhar das crianças é diferente do olhar dos adultos para si? P4: (respira profundamente) Eu julgo que sim, desperta-lhes mais a atenção. E se calhar o adulto, passa. Entr.: Mas se for uma criança a olhar é diferente para si do que se	43 P4 sente-se mais exposto quando esconde as próteses na presença de crianças do que na presença de adultos. Porém, P4 considera que as diferenças de exposição que percebe acontecem apenas nos outros, pois considera-se	

for um adulto? P4: Não. Para mim não! Entr.: Não? P4: Não.. não, quer dizer, só no aspecto de eu reparo que, que a criança que reparou em mim uma diferença e eu explico, eu explico. Eu estou sempre à vontade.	indiferente ao olhar dos outros quer sejam crianças ou adultos. Nesta situação, para P4 é mais fácil observar os comportamentos dos outros que os seus e os seus significados e assim considera que o olhar dos outros não o deixa constrangido.	
Entr.: Explica mesmo que a criança não venha ter consigo mas que esteja só a olhar, ou explica mesmo.... P4: Não! Eu explico se ela vier ou então... “não tenhas medo”, ou isso, “Isto é um aparelho”, e tal... Pronto, é assim. Entr.: Diz para não ter medo porquê, elas às vezes parecem assustadas? P4: Não, porque há... porque tenho uma.. uma miúda que costuma estar lá no café ao pé que a principio tinha medo.	44 P4 interpreta o olhar das crianças como manifestações de medo e de curiosidade.	
Hoje já, já vê bem, não se desvia, não foge nem nada. Entr.: O que é que acha que a podia assustar? P4: Não sei, pronto, desperta a atenção... nunca vêem, nunca viram uma coisa assim, né, o-o aparelho. Eh.. pois, é isto... eu sinto-me bem sempre.	45 Para P4 é importante que se consiga aproximar paulatinamente das crianças que temem a sua prótese, de forma a que possa sentir-se amistoso e não ameaçador. Para isso, P4 deseja ter espaço de diálogo onde possa ter oportunidade para lhes apresentar a prótese, os motivos da sua utilização, e de tranquilizá-las em relação ao que observam. Para P4 os seus comportamentos de aproximação às crianças dão-se por motivos exclusivamente altruístas e por isso não reconhece conscientemente acerca das suas próprias necessidades.	45 P4 sente que a sua aproximação ao medo e à curiosidade das crianças deve ser paulatina, pois não deseja assustá-las com o aspecto das amputações e da prótese de braço, e a sua forma de fazer é através do diálogo, exposição da prótese e da sua história pessoal que conduziu à amputação.
Entr.: Hum-hum... Tá bom, sr. M.... Também já temos mais de 20 minutos... P4: Não sei, quer, quer mais alguma pergunta? Entr.: É isso, é a sua experiência, não é... P4: É! É a experiência, de uma vida, de uma vida! Porque eu era, era jovem quando tive o acidente. Entr.: Quantos anos tem agora? P4: 65. Entr.: 65 anos...	46 Os anos em que tem vivido com as amputações têm para si a aparência de ter sido durante todo o seu tempo de vida, como se nunca tivesse havido outra forma de ser P4.	46-47 Apesar de P4 ter aproximadamente o mesmo tempo de vida sem amputação (31 anos) e com amputação (34 anos), os seus últimos anos (últimos 34 anos), com amputação, parecem ter o peso de toda a sua vida e a esta acumula-se a experiência de outros problemas de saúde que requereram uma terceira intervenção cirúrgica e respectiva

P4: E.. e já tenho 4 anestésias gerais. Entr.: Já fez 4 anestésias? P4: Esta última foi agora em Março, quando fui operado ao nariz. Entr.: Mas tudo por coisas diferentes! P4: Tudo por coisas diferentes. As outras três foi por causa do acidente. Entr.: Para a perna, o braço, ... P4: A perna foi logo na primeira, na noite do acidente. Portanto, essa foi a maior anestesia. Depois tive a segunda, que foi para reforço da-da, do fémur, para levar outra placa, ah.. e depois foi a terceira, para retirar o material também da perna. E agora foi esta por causa do ressonar, ressonar e ter paragens respiratórias, este exame já eu fiz em Outubro também. E tinha... ah.. em 7 horas, em 7 horas que tive o aparelho, tive sempre e fiz apneia.	47 Refere ainda que as amputações não foram o seu único problema relacionado com a sua saúde, pois outras situações já o levaram a ser submetido a uma terceira cirurgia e anestesia.	anestesia, somando à sua vida o peso de experiências pessoais das quais não pode escapar ou intervir sozinho e voluntariamente.
Entr.: Hum... muitas visitas ao hospital... P4 eu quero agradecer-lhe mais uma vez por ter partilhado comigo a sua experiência de forma tão disponível e confiante, por ter disponibilizado mais do seu tempo para estar aqui no hospital mais tempo do que se calhar previa... Muito obrigado! P4: De nada, se precisar de mais alguma coisa... Entr.: Obrigado.	48 Aos agradecimentos finais da investigadora, P4 revelou-se disponível para continuar a esclarecer-me acerca das vivências relacionadas com a sua amputação, em jeito de ajuda ao meu trabalho, sem se focar nas implicações desta experiência para si.	

