



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Evanilda Souza de Santana Carvalho

**VIVER A SEXUALIDADE COM O CORPO FERIDO:
REPRESENTAÇÕES DE MULHERES E HOMENS**

**SALVADOR
2010**

Evanilda Souza de Santana Carvalho

**VIVER A SEXUALIDADE COM O CORPO FERIDO:
REPRESENTAÇÕES DE MULHERES E HOMENS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem da Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mirian Santos Paiva

SALVADOR
2010

Ficha Catalográfica

Elaborada por: Maria de Fátima de Jesus Moreira – Bibliotecária - CRB 5/1120

C322v Carvalho, Evanilda Souza de Santana
Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de
mulheres e homens./ Evanilda Souza de Santana Carvalho. –
Salvador, Ba, 2010.
255f. : il.

Orientadora: Mirian Santos Paiva

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, 2010.

1. Sexualidade humana. 2. Gênero e saúde. 3. Enfermagem
holística. I. Paiva, Mirian Santos. II. Universidade Federal da
Bahia. III. Título.

CDU: 613.88

Evanilda Souza de Santana Carvalho

**VIVER A SEXUALIDADE COM O CORPO FERIDO:
REPRESENTAÇÕES DE MULHERES E HOMENS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de doutora em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 09 de junho de 2010

BANCA EXAMINADORA

- Mirian Santos Paiva Mirian Santos Paiva
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia
- Maria Elena Casado Aparício Elena Casado Aparício
Doutora em Sociologia e Professora da Universidad Complutense de Madrid
- Cecilia Maria Bacellar Sardemberg Cecilia Maria Bacellar Sardemberg
Doutora em Antropologia e Professora da Universidade Federal da Bahia
- Edméia de Almeida Cardoso e Coelho Edméia de Almeida Cardoso e Coelho
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia
- Dora Sadigursky Dora Sadigursky
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia
- Fernanda Carneiro Mussi Fernanda Carneiro Mussi
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia
- Maria da Penha Lima Coutinho _____
Doutora em Psicologia e Professora da Universidade Federal da Paraíba

DEDICATÓRIA

À minha Mãe e meu Pai queria homenagear-lhes com uma lembrança, da minha infância guardo imagens particulares da nossa casa que já foi um albergue para estudantes rurais, um hospital para vizinhos enfermos, uma escola de artes e costura para mulheres mais pobres só depois de grande descobri que ela era um espaço coletivo de cuidado. Obrigada por essas grandes lições de solidariedade, pelas oportunidades criadas para oferecer-me educação de qualidade dentro e fora de casa e sobretudo por acreditarem em meus sonhos, alimentando-os incondicionalmente.

A Regi, por nos desafiar a viver juntos essa caminhada, transgredindo normas, reformulando nossas relações de gênero, animando-nos mutuamente, tecendo e concretizando sonhos.

Frederico e Bernardo, talvez seja cedo para compreender o produto acadêmico que provocou tantas ausências de sua mãe, mas já é tempo de entender que as mulheres seja dentro ou fora de casa também constroem o mundo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Às mulheres e homens participantes deste estudo, por me permitirem escutar suas histórias, invadindo suas intimidades, evocando lembranças tristes que muito se esforça para esquecer.

À Profa Mirian Santos Paiva, orientadora deste estudo. Por haver aceitado comigo o compromisso e desafio de transitar em terrenos movediços da sexualidade e do corpo ferido. E mesmo sem saber onde chegaríamos depositou confiança, atenção e afeto na construção durante essa caminhada.

À Profa Elena Casado Aparício, pela importante contribuição neste trabalho, pela tutoria em Espanha, sua atenção e respeito à minha ignorância sociológica, pelo espaço de troca criados, pela parceria e aprendizado oportunizados durante o período que estivemos juntas. Obrigada pelas palavras de estímulo que me fizeram compreender que construir uma tese “é uma patologia como outra qualquer” com seus sintomas, inseguranças, dores de cabeça e febre, mas passível de superação.

AGRADECIMENTOS

O momento dos agradecimentos é um momento especial e arriscado. É uma forma nostálgica de tomar consciência de que somente nossas próprias mãos não foram suficientes para se construir uma tese e nos deparamos com as tantas pessoas que compartilharam dessa construção em momentos especiais, intensos, alegres ou difíceis e que nos remete a emoções que tentamos conter ao chegar aqui. Antecipando desculpas àquelas que porventura que eu possa ter esquecido de citar não poderia deixar de dirigir algumas palavras de gratidão aos que tanto me ajudaram.

À Deus, por me guiar e proteger sempre me dando força e coragem para persistir numa idéia cheia de desafios e obstáculos dos quais o mais temido não é a arguição, a intensa leitura ou a escrita, mas a estrada BR 324 nas idas e vindas de Feira a Salvador.

Às minhas irmãs Eliana, Neidinha e Ane sempre presentes junto a mim e aos nossos filhos oferecendo-nos cada uma à sua maneira a atenção e o carinho próprio dos laços que nos une.

À família Pinheiro, em especial aos meus sogros D. Dete e Sr Pinheiro que mais uma vez adotaram nossos filhos como seus permitindo a tranquilidade necessária nos momentos em que foi preciso ausentar-me.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão de bolsas de estudos em todo o processo de Doutorado, sem o qual este trabalho não seria possível.

À professoras Dra Edméia Coelho, Dra Cecília Maria Bacellar Sardemberg e Dra Maria da Penha Coutinho pelo olhar atento e sensível sobre esse trabalho e pelas inestimáveis contribuições desde a sua fase de projeto.

À professora Dra Dora Sadigursky me recordo com carinho da afinidade de nossos temas de estudo, as emoções, a subjetividade, a dor e o cuidado às pessoas fragilizadas. Lembra-se quando desejei mudar de tema no mestrado e você me estimulou a guardá-lo para o doutorado por considerá-lo muito complexo? Obrigada por sua amizade, e por aceitar participar deste momento importante de minha vida.

Ao professor Marcial Humberto Saavedra Castro, pelo apoio na tradução de grande parte desse trabalho, por sua atenção e amizade durante as lições de língua espanhola.

A Diretoria Geral do Hospital Geral Cleriston Andrade, na pessoa do Dr Vagner Bonfim, e Dra Edilma, Patrícia Silva (Setor pessoal), Patricia Martins (Setor de Capacitação Permanente) e Coordenações de Enfermagem Marivalda e Sonia Leite por todo apoio dispensado.

À Universidade Estadual de Feira de Santana e, em especial à Diretora do Departamento de Saúde Profª Ana Cristina Gonçalves.

À Professora Graça Maria Dultra Simões, bibliotecária da Universidade Estadual de Feira de Santana pela atenção, assessoria e orientações prestadas.

Aos colegas da disciplina Enfermagem do Adulto e Idoso II, Elaine Guedes Fontoura, Tânia Maria Moreira, Marinalva Carneiro, Denise Miranda e Carlos Estrela pelo apoio durante as fases de afastamento necessário para a concretização deste estudo.

À colega e amiga Rosangela Barros, em meio a tantas turbulências, cronogramas, licenças e agendas cheias, havia alguém com quem sempre se podia contar, muito obrigada por todo seu apoio, atenção e cuidado.

Ao Hospital Roberto Santos pela permissão para a execução deste estudo, cedendo espaço e oferecendo condições para ele fosse possível, em especial às enfermeiras Maria do Espírito Santo, Gemema, Goreti, ao corpo Técnico de Enfermagem e demais funcionários do ambulatório.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia-SESAB pela concessão do afastamento durante o período de estudos necessários à realização deste estudo.

A Universidade Federal da Bahia, em especial às professoras do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da EEUFBA, Dr^a Dora Sadigursky, Dr^a Cristina Maria Meira de Melo, Dr^a Norma Carapiá Fagundes, Dr. Álvaro Pereira, Dr^a Darci Oliveira Santa Rosa, Dr^a Sílvia Lúcia Ferreira, Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento, Dra Fernanda Carneiro Mussi.

Às professoras, bolsistas e voluntárias do GEM (Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher), pela oportunidade de partilhar conhecimento, idéias e desafios.

À Universidad Complutense de Madrid por conceder espaço para minha estadia no Departamento de Sociologia IV, em especial ao diretor Prof. Dr. Rubén Blanco.

Aos colegas sociólogos Lisboa, Christian, Javier e Azier pelas importantes contribuições e pela partilha de conhecimentos nos seminários de Comunicação e Cultura.

Às amigas, Goreti Freitas, Elaine Guedes, Silvia Passos, Edna Araújo, Rita Góis, Elisete Café e Vera Patrícia obrigada por cada palavra, cada mensagem, cada manifestação de carinho, pela presença mesmo quando a geografia nos afastava fisicamente.

Aquelas pessoas que ao longo de minha estada na Espanha contribuíram para que eu mantivesse meu estado emocional em equilíbrio e que hoje não posso deixar de mencioná-los Felipe Campos, Maria Jesus Morala Gomez e Estéban Uzabal.

Katya Uchôa (Peru), Viviana Romero e Carmen Diaz (Chile), Graça Falcão (Portugal), Guadalupe Hernandez e Manuel Herrera (Mexico), Isabel Ramos (Espanha) expresso aqui minha gratidão pela solidariedade ao longo dessa jornada, pelos debates em torno do trabalho e sobretudo pelo acolhimento prestado em momentos importantes de minha passagem por esses países.

Às colegas Katia Veiga, Marizete Argolo, Gilmara Rodrigues e Larissa Rodrigues não poderia deixar de agradecer-lhes pela solidariedade, pela motivação e sobretudo pela estima que reciprocamente partilhamos.

Aos demais colegas de grupo de estudos em sexualidade Lúcia, Conceição, Raissa, Andrea e aos da “Combe de Feira”, Maricelia, Luciano Marques e Mirian Tereza Maciel, que fizeram muitas vezes as viagens na BR 324 se tornarem agradáveis momentos de PO ambulante.

À amiga Silvone Santa Bárbara, parceira de muitos desafios, ouvinte e conselheira sem sua companhia eu chegaria ao final mas, com certeza não teria esse mesmo sabor especial, obrigada!

RESUMO

CARVALHO. Evanilda Souza de Santana. **Viver a sexualidade com o corpo ferido**: representações de mulheres e homens. 2010, 255 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

Estudo qualitativo e quantitativo, fundamentado na Teoria de Representações, que buscou apreender as representações sociais de mulheres e homens sobre seus corpos feridos e sua vida afetivo-sexual; e, analisar as vivências e representações de mulheres e homens que vivem com feridas. Realizado durante os anos de 2008 e 2009, num ambulatório de atenção especializada em cuidar de pessoas com feridas de um hospital público de Salvador-Bahia-Brasil, envolveu 51 pessoas adultas de ambos os sexos. Os dados foram coletados através da aplicação de duas técnicas projetivas a associação livre de palavras e o desenho estória-tema e, uma técnica discursiva a entrevista em profundidade. O material empírico foi submetido a análise de conteúdo temática e de enunciação e, as associações livres de palavras submetidas a análise de conteúdo e análise fatorial de correspondência com o uso do software Tri deux mots. As narrativas possibilitaram a apreensão de três trajetórias sexuais: a trajetória sexual **solitária** encontrada na narrativa dos mais jovens, onde a experiência afetiva e sexual a dois é inexistente; a trajetória sexual **fragmentada**, na qual as pessoas apresentam constantes tentativas de relacionamento seguidas de rupturas e frustração; e a trajetória sexual **linear ou contínua**, presente naqueles cujos vínculos e relacionamentos sexuais encontravam-se estabelecidos antes do aparecimento da lesão. O corpo ferido foi representado como um estranho que promove sofrimento; um corpo constantemente vigiado, rejeitado, isolado e dependente; um corpo vulnerável à violência; um corpo que exige cuidado especial e um corpo em luto. Quanto ao sexo, este foi representado como algo que é bom e faz bem à saúde; algo que pode piorar a situação de saúde; algo proibido à pessoa ferida; algo difícil devido às intensas dores sofridas; algo raro de acontecer devido à rejeição, às alterações físicas e do desejo; algo vivido como obrigação do contrato conjugal e como um evento raro na vida de pessoas cronicamente feridas. Enquanto as mulheres feridas representam seus corpos como repugnantes e pouco atraentes, que devem ser omitidos para evitar o rechaço e o olhar curioso do outro, os homens feridos representam seus corpos como frágeis, inabilitados para o trabalho, confrontando com a imagem social do homem forte, agressivo e viril. As formas de representação elaboradas por mulheres e homens são distintas no espaço privado e no espaço público: no espaço privado, roupas leves e curtas expondo o corpo são permitidas e no espaço público, as vestes compridas mascaram um corpo representado como incompleto frente ao mundo social. As representações apreendidas destacam que a experiência do corpo ferido implica em limitações da vida social, tabus alimentares, dor física, dificuldade para auto cuidar-se, alteração da auto-estima, vergonha, auto-preconceito, isolamento, estigma e rejeição social. As representações sobre o corpo ferido influenciam como mulheres e homens enfermos apresentam seus corpos, como se sentem frente a outros corpos, e como se comportam face às mudanças advindas das feridas. Destaca-se que numa sociedade como a brasileira, que privilegia o corpo perfeito, eficiente e belo, perder a integridade cutânea representa perder o status de normal e saudável, para integrar um grupo diferente e estigmatizado, e experimentar um corpo que se torna estranho a si próprio.

DESCRITORES: sexualidade; identidade de gênero; gênero e saúde; enfermagem; enfermagem holística.

ABSTRACT

CARVALHO. Evanilda Souza de Santana. **Living sexuality with the body wounded**: Women's and men's representations. 2010, 255 p. Thesis (Doctorate) – Nursing School, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

Qualitative and quantitative study, grounded in the Representation Theory, which aimed at comprehending the social representations of men and women concerning their wounded bodies as well as their affective-sexual life; and analyzing men's and women's experiences with their bodies wounded. Carried out during 2008 and 2009, in a laboratory specialized in assisting wounded people from a public hospital in Salvador-Bahia-Brazil, the study involved 51 adults from both sexes. The data were collected by applying two projecting techniques on free word association and the drawing story-theme and a discursive technique on a detailed interview. The empirical material was submitted to theme-based content and enunciation analysis, and the free word association submitted to content and correspondence factor analysis through the use of the software Tri deux mots. The narratives led to three sexual trajectories: the **lonely** sexual trajectory found among the youngest, where the affective-sexual relation does not exist; **fragmented** sexual trajectory, characterized by several attempts to a relationship followed by ruptures and frustrations; and the **linear or continued** sexual trajectory, present in those whose bonds and sexual relationships were already present before the lesions appeared. The wounded body was represented as a strange that brings suffering; a constantly observed, rejected, isolated and dependent body; a body vulnerable to violence; a body that demands special care and a mourning body. Regarding sex, it was represented as something good and is healthy; something that may worsen the health; something forbidden to wounded people; something impossible due to intense pains; something rare because of rejection, physical change and the desires; something experienced as a marital obligation and as a rare event in the lives of the chronically wounded. While wounded women represent their bodies as disgusting and not really attractive, that must be hidden to avoid repulse and curious eyes, wounded men represent their bodies as fragile, incapable for work, confronted to the image of a strong, aggressive and virile man. The representation forms elaborated by women and men are distinct in the private sector and in the public sector: in the private sector, light short clothes showing the body are permitted while in the public sector, the clothing covers a body represented as incomplete before the social world. The comprehended representations highlight that the experience of the wounded body implies social life limitations, diet taboos, physical pain, difficulty for self caring, self-esteem alterations, shyness, self-prejudice, isolation, stigma and social rejection. The representations about the wounded body influence the way ill men and women present their bodies, the way they feel before other people, and the behavior due to wound-related changes. What stands out in a society like the Brazilian, that favors the efficient, perfect and pretty body, losing the cutaneous integrity means losing the status of normal and healthy to integrate a different and stigmatized group, and experiencing a body that turns out strange to oneself.

DESCRIPTORS: sexuality; gender identity; gender and health; nursing; holistic nursing.

RESUMEN

CARVALHO. Evanilda Souza de Santana. **Vivir la sexualidad con el cuerpo herido**: representaciones de mujeres y hombres. 2010, 255 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahía, Salvador, 2010.

Estudio cualitativo y cuantitativo, fundamentado en la Teoría de Representaciones, que buscó aprehender las representaciones sociales de mujeres y hombres sobre sus cuerpos heridos y su vida afectiva-sexual; y, analizar las vivencias y representaciones de mujeres y hombres que viven con heridas en sus cuerpos. Realizado durante los años de 2008 y 2009, en un centro de atención especializada en cuidar personas con heridas de un hospital público de Salvador-Bahía-Brasil, El estudio envolvió a 51 personas adultas de ambos sexos. Los datos fueron recolectados a través de la aplicación de dos técnicas proyectivas la asociación libre de palabras y el dibujo historia-tema y, una técnica discursiva: la entrevista en profundidad. El material empírico fue sometido a análisis de contenido temático y de enunciación y, las asociaciones libres de palabras fueron sometidas a un análisis de contenido y a un análisis factorial de correspondencia con el uso del software Tri deux mots. Las narrativas permitieron la aprehensión de tres trayectorias sexuales: la trayectoria sexual **solitaria** encontrada en la narrativa de los más jóvenes, donde la experiencia afectiva y sexual en pareja es inexistente; la trayectoria sexual **fragmentada**, en la cual las personas presentan constantes tentativas de relacionamiento seguidas de rupturas y frustración; y la trayectoria sexual **linear o continua**, presente en aquellos cuyos vínculos y relacionamientos sexuales se encontraban establecidos antes del apareamiento de la lesión. El cuerpo herido fue representado como un extraño que promueve sufrimiento; un cuerpo constantemente vigilado, rechazado, aislado y dependiente; un cuerpo vulnerable a la violencia; un cuerpo que exige cuidado especial y un cuerpo en luto. En cuanto al sexo, este fue representado como algo que es bueno y hace bien a la salud; algo que puede empeorar la situación de la salud; algo prohibido a la persona herida; algo difícil debido a los intensos dolores sufridos; algo raro de suceder debido al rechazo, a las alteraciones físicas y al deseo; algo vivido como obligación del contrato conyugal y como un evento raro en la vida de personas crónicamente heridas. En cuanto las mujeres heridas ellas representan sus cuerpos como repugnantes y poco atractivos, que deben ser omitidos para evitar el rechazo y la mirada curiosa del otro, los hombres heridos representan sus cuerpos como frágiles, inhabilitados para el trabajo, confrontados con la imagen social del hombre fuerte, agresivo y viril. Las formas de representación elaboradas por mujeres y hombres son distintas en el espacio privado y en el espacio público: en el espacio privado, son permitidas ropas leves y cortas exponiendo el cuerpo y, en el espacio público, las vestimentas largas enmascaran un cuerpo representado como incompleto frente al mundo social. Las representaciones aprehendidas destacan que la experiencia del cuerpo herido implica ciertas limitaciones a la vida social, tales como tabus alimentarios, dolor física, dificultad para autocuidarse, alteración de la autoestima, vergüenza, autoprejuicio, aislamiento, estigma y rechazo social. Las representaciones sobre el cuerpo herido influyen en la forma cómo mujeres y hombres enfermos presentan sus cuerpos, como se sienten frente a otros cuerpos, y cómo se comportan frente a los cambios que advienen de las heridas. Se destaca que en una sociedad como la brasileña, que privilegia el cuerpo eficiente, perfecto y bello, perder la integridad cutánea representa perder el estatus de normal y saludable para integrar un grupo diferente y estigmatizado y, experimentar un cuerpo que se torna extraño a si mismo.

PALABRAS CLAVE: sexualidad; identidad de género; género y salud; enfermería; enfermería holística.

LISTA DE DESENHOS

Desenho 1	Se eu pudesse... eu queria ser feliz.....	103
Desenho 2	Minha família, minha razão de viver e minha fortaleza.....	104
Desenho 3	A casa que eu desejei ter.....	105
Desenho 4	A cura.....	107
Desenho 5	Tristeza.....	133
Desenho 6	Tristeza.....	134
Desenho 7	Por medo do preconceito.....	135
Desenho 8	Confiança em Deus.....	135
Desenho 9	Uma história triste.....	136
Desenho 10	Racismo e pessoas sem compreensão.....	139
Desenho 11	Ficar bom.....	140
Desenho 12	Deficiente abandonado.....	141
Desenho 13	Abandono.....	141
Desenho 14	Sem sentimento humano.....	142
Desenho 15	Não há males que dure para sempre.....	147
Desenho 16	Ilusão da vida.....	147
Desenho 17	Eu.....	162
Desenho 18	Lar doce lar.....	163
Desenho 19	Casal de pombinhos.....	175
Desenho 20	Pessoa sofrida.....	176
Desenho 21	Por causa de minha dor eterna.....	182
Desenho 22	Saúde, vivência, amor e carinho.....	183
Desenho 23	O homem que tem medo.....	185
Desenho 24	Vontade de ir pro mar.....	190
Desenho 25	As aparências que enganam.....	196

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 Coleta de Dados - Etapa 1	79
Esquema 2 Coleta de Dados - Etapa 2.....	79
Esquema 3 Coleta de Dados Coutinho (2001) - Etapa 2 Adaptado por Carvalho	80
Esquema 4 Contribuições das associações livre de palavras para a categoria “sexo é bom”.....	165
Esquema 5 Contribuições das associações livre de palavras para a categoria “sexo pode piorar a ferida.....	168
Esquema 6 Contribuições das associações livre de palavras para a categoria “sexo é raro”.....	184

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Philoctetes	28
Figura 2 Lázaro.....	30
Figura 3 Omolu.....	31
Figura 4 Escarificação.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Representação do Plano Fatorial.....	205
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação ordinária dos estímulos indutores.....	75
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos Participantes Segundo a Idade.....	92
Tabela 2	Perfil dos Participantes Segundo o Grau de Instrução.....	92
Tabela 3	Perfil dos Participantes Segundo a Raça/Cor.....	94
Tabela 4	Perfil dos Participantes Segundo a Religião.....	95
Tabela 5	Perfil dos Participantes Segundo a Renda.....	96
Tabela 6	Perfil dos Participantes Segundo a Fonte de Renda.....	97
Tabela 7	Perfil dos Participantes Quanto a Localização da Ferida.....	100
Tabela 8	Perfil dos Participantes Quanto ao Tempo de Existência da Ferida.....	100
Tabela 9	Perfil dos Participantes Quanto a Situação Conjugal.....	101

LISTA DE SIGLAS

AFC - Análise Fatorial de Correspondência
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CONEP - Conselho Nacional de Pesquisa
CEP EEUFBA - Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
CIAVE - Centro Anti-Veneno
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COREME - Conselho de Residência Médica-
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-
EEUFBA - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
HRS - Hospital Roberto Santos
RS - Representações Sociais
SISNEP - Sistema Nacional de Pesquisa
SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS -Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO TEÓRICA	26
2.1 REPRESENTAÇÕES DA FERIDA: ENTRE A DOR, O SOFRIMENTO, O HEROÍSMO E O PRAZER	26
2.2 ASPECTOS SÓCIO-ANTROPOLÓGICOS SOBRE A CONDUTA DA PESSOA ENFERMA.....	35
2.3 CORPO E SEXUALIDADE.....	43
2.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	51
2.5 AS CONTRIBUIÇÕES DA MICROSSOCIOLOGIA DE ERVING GOFFMAN PARA A COMPREENSÃO DAS INTERAÇÕES DE PESSOAS CRONICAMENTE FERIDAS.....	56
3 METODOLOGIA	61
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	61
3.2 A ESCOLHA DO CENÁRIO.....	63
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO: O HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS.....	64
3.4 A ELEIÇÃO DAS/DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	69
3.5 PRIMEIRO MOMENTO: APROXIMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA AO CAMPO.....	69
3.6 SEGUNDO MOMENTO: APROXIMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA AOS PARTICIPANTES.....	70
3.7 TERCEIRO MOMENTO: OS INSTRUMENTOS E SUA APLICAÇÃO DURANTE A COLETA DE DADOS.....	71
3.8 A PRIMEIRA FASE DA COLETA: APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES ATRAVÉS DAS TÉCNICAS PROJETIVAS.....	72
3.9 A SEGUNDA FASE DA COLETA DE DADOS: APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES POR MEIO DAS NARRATIVAS.....	81
3.10 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	85
3.10.1 Analisando as narrativas.....	85
3.10.2 Analisando as associações livres de palavras.....	86
3.10.3 Analisando os desenhos estórias com tema.....	87
3.11 OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	89
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS/OS PARTICIPANTES.....	91
4.2 DAS NARRATIVAS ÀS TRAJETÓRIAS DE VIDA DAS PESSOAS CRONICAMENTE FERIDAS.....	102
4.3 APRESENTAÇÃO DE SI FACE À VIVÊNCIA DA FERIDA CRÔNICA.....	108
4.4 AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A CAUSA DAS FERIDAS E A BUSCA POR CUIDADOS.....	116

4.5 IMAGENS E REPRESENTAÇÕES SOBRE O CORPO FERIDO.....	122
4.5.1 O corpo ferido é um estranho que promove sofrimento.....	128
4.5.2 O corpo ferido é constantemente vigiado.....	137
4.5.3 O corpo ferido é rejeitado.....	139
4.5.4 O corpo ferido é isolado e dependente.....	144
4.5.5 O corpo ferido é vulnerável à violência.....	148
4.5.6 O corpo ferido exige cuidado especial.....	150
4.5.7 O corpo ferido é um corpo em luto.....	153
4.6 REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXO E A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE.....	158
4.6.1 Sexo é bom e faz bem à saúde.....	159
4.6.2 Sexo pode piorar a ferida.....	166
4.6.3 Sexo é coisa proibida.....	168
4.6.4 Sexo é doloroso e difícil.....	172
4.6.5 Sexo é uma obrigação.....	177
4.6.6 Sexo é evento raro.....	181
4.7 VIVER A SEXUALIDADE APÓS O CORPO FERIDO.....	186
4.8 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES E HOMENS QUE VIVEM COM FERIDAS.....	204
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	209
6 REFERÊNCIAS.....	219
APÊNDICES.....	240
ANEXOS.....	244

1 INTRODUÇÃO

Cuidar de pessoas com feridas tem permeado toda a minha trajetória profissional, nos espaços de cuidado, na Enfermagem. Minha aproximação com esse problema se deu, inicialmente, no ambulatório de um hospital público, destinado a assistir mulheres em situações de gravidez, parto e puerpério. Lá comecei a perceber que muitas puérperas de partos cesarianos regressavam para a consulta apresentando complicações nas feridas operatórias. Grande parte delas relatavam dificuldades, em lidar com os problemas de ordem sexual e afetiva, uma vez que as complicações, implicavam, em prolongar o período de abstinência sexual, recomendado pelos profissionais de saúde logo após o parto.

A motivação para desenvolver esse estudo surgiu, portanto, durante o exercício da escuta terapêutica, realizada em momentos de cuidado às pessoas com feridas e, também, durante um trabalho desenvolvido no curso de mestrado, intitulado “O significado da ferida para quem a vivencia”, no qual tive a oportunidade de fazer leituras e análises de depoimentos de pacientes sobre suas vivências com as feridas.

Nesses depoimentos as pessoas destacaram trajetórias doridas, sofridas e cheias de obstáculos, ampliados pela recusa de atendimento, nas unidades públicas de saúde, dificuldades financeiras para aquisição de tratamentos, carência de informações acerca dos cuidados, rejeição dos familiares, perdas e isolamento, dentre outros.

Embora muitas queixas fossem comuns, os relatos diferiam muito quando a assistência tinha sido prestada às pessoas de classes socioeconômicas mais favoráveis, quando tinha ocorrido em espaços de assistência privados, e quando essas pessoas tinham acessado serviços de outros profissionais, quase que indisponíveis às classes populares, tais como nutricionistas, psicólogos, angiologistas, fisioterapeutas e dermatologistas. Havia, também, considerável diferença entre os relatos das mulheres e os dos homens.

Além de demonstrar interesse nas condutas prescritas, durante as consultas, as pessoas atendidas, comumente, relatavam dificuldades enfrentadas no trabalho, no casamento, e para estabelecer novos relacionamentos, o afastamento dos filhos e dos amigos, caracterizando isolamento.

Os relatos das mulheres chamaram atenção dada à carga de sofrimento psíquico revelado nas emoções expressas, durante as entrevistas: os sentimentos de perda, abandono e solidão, que não eram encontrados nos relatos dos homens. Esses, frequentemente,

queixavam-se de dor, sentimento de inutilidade dada ao afastamento do trabalho, das atividades esportivas antes praticadas e da necessidade de alterar seu desempenho durante as relações sexuais.

A literatura tem evidenciado (SAAR; LIMA, 2001; MAGALHÃES, 2001; VAN RIJSWIJK, 2001; CARVALHO; SADIGURKY; VIANNA, 2006) que uma ferida pode provocar inúmeras alterações na vida social e laboral que, conseqüentemente, poderão desencadear problemas de autoestima e de autoimagem. Magalhães (2001) reporta que além do desconforto com os odores provocados pelas secreções, as mulheres jovens sentem-se incomodadas por ter que freqüentemente vestir calças compridas para esconder a ferida. Os adultos apresentam dificuldades na adaptação ao trabalho dada à necessidade de repousar periodicamente entre as tarefas, conforme recomendam os profissionais de saúde. Já os idosos, com a dependência provocada pelas feridas, perdem a autonomia, o que torna imperativo a disponibilidade de um familiar para cuidar, implicando, pois, em aumento nas demandas de trabalho para a família. (MAGALHÃES, 2001).

Segundo Carvalho, Sadigursky e Vianna (2006), as pessoas com feridas crônicas sofrem com o distanciamento da família, a perda dos amigos, o abandono dos parceiros, a perda da liberdade, da autonomia, da atividade profissional além de alterar a sexualidade e fragilizar os vínculos sociais e familiares. Sofrimento esse que se assemelha ao luto e à morte.

Para sobreviverem às mudanças impostas pelas feridas (essas pessoas) adotam variadas medidas de higiene, além de mecanismos que os permitem esconder o corpo dos companheiros durante a relação íntima, tais como usar meias, apagar as luzes, falar pouco, banhar-se rapidamente ou evitar o contato físico (CARVALHO; SADIGURSKY; VIANNA, 2006).

Diante das alterações em sua aparência física, como conseqüências da deterioração de sua saúde, as pessoas iniciam o enfrentamento da doença com base no apoio seja material, informativo e/ou emocional recebido de profissionais de saúde (LEDON LLANNES et al, 2007).

Nas consultas as pessoas buscam orientações sobre como se comportar diante de situações sociais e de situações íntimas. Elas também relatam que, em algum momento de sua assistência, os profissionais de saúde prescrevem restrições de determinadas práticas com o corpo que incluíam desde a alimentação, trabalho, higiene até atividade sexual, justificadas pela possibilidade de melhorar a recuperação e abreviar a cicatrização da ferida.

Apesar do crescente interesse pelo tema sexualidade, esse, mesmo entre os profissionais da saúde, encontra-se, ainda, cercado de tabus (LEWIS; BOR, 1994). Esses autores evidenciaram, em seu estudo, que embora acreditem que seja importante a inclusão de questões sobre o tema na ficha de anamnese, as enfermeiras sentem-se embaraçadas/constrangidas ao discutir a sexualidade humana e, quando questões pertinentes ao assunto estão postas, as enfermeiras raramente as abordam com seus pacientes durante as consultas de Enfermagem.

Gir, Nogueira e Pelá (2000) acreditam que uma das causas desse desconforto advém da exclusão do tema sexualidade na formação acadêmica da/o enfermeira/o.

Ao colher relatos de graduandos de Enfermagem sobre seus sentimentos frente à abordagem de aspectos da sexualidade, Gir, Nogueira e Pelá (2000) identificaram que os mesmos experimentam sentimentos de insegurança, constrangimento, despreparo, ansiedade e apreensão. Segundo essa mesma autora, tais sentimentos negativos levam, conseqüentemente, as enfermeiras a ignorarem os problemas demandados pelos pacientes, ou tentam fugir do assunto quando esse surge durante o cuidado.

Profissionais de saúde que cuidam de doentes oncológicos indicaram que sentem dificuldade em abordar tais questões porque consideram a sexualidade como assunto de fórum pessoal e íntimo de cada ser e, por isso, julgam embaraçoso “invadir” tal espaço. Eles relatam que, muitas vezes, não abordam tais assuntos por não saberem se os pacientes reagirão bem, ou seja, os profissionais receiam o modo como suas iniciativas de abordagem sobre a sexualidade possam ser interpretadas. Por outro lado, os pacientes, de um modo geral, afirmam entender que são os profissionais de saúde que devem tomar a iniciativa de dizer-lhes algo sobre sua sexualidade diante da enfermidade. Quando essa comunicação não acontece, os pacientes interpretam que sua sexualidade deve ser abolida (SERRANO, 2005).

O próprio desconforto experimentado pelos profissionais, ao tratar da temática sexualidade, faz com que esses se escondam atrás dos termos técnicos. Quando o tema é tratado, as terminologias técnicas, constantemente empregadas, dificultam ou impedem a compreensão por parte dos pacientes.

Essas dificuldades relacionam-se ao fato dos profissionais receberem pouca capacitação em temas de saúde sexual. Como resultado, os profissionais podem sentir-se mal preparados para fazer frente aos problemas sexuais, podendo experimentar, assim, os mesmos desconfortos e vergonha que experimentam seus pacientes (FINGER, 2006).

As pessoas receiam perguntar sobre as questões que envolvem sexo e, por isso, a notificação de dúvidas e/ou problemas é rara. Essas podem sentir-se embaraçadas por acreditar que não seja um tema apropriado para ser discutido. Por outro lado, a maioria das informações recebidas sobre sexo, sobre função sexual, resposta sexual, anatomia e comportamento sexual são negativas e fornecidas por fontes pouco confiáveis como os meios de comunicação ou informações de amigos (FINGER, 2006; GIAMI, 1998). Isto sugere que o sexo não é objeto de debate da família e amigos, há pouca oportunidade para discutir a exatidão da informação sexual ou para situar a sexualidade como um aspecto normal na vida da pessoa (MCCABE; CUMMINS; DEEKS, 2000).

A existência de uma lacuna, quanto à exploração de aspectos relacionados à subjetividade na Enfermagem, motivada entre outras coisas, pela política do conhecimento especializado, o caráter passivo imputado ao paciente, além da falta de preparo das enfermeiras para abordar o tema, apresentam-se como fatores que contribuem para a negação da sexualidade nas esferas do cuidado. Somados a isso estão os aspectos de socialização das mulheres, que em sua maioria compõe o quadro da Enfermagem, reforçados na formação profissional, de onde partem modelos orientadores, pautados no interesse de vigiar e controlar a expressão dessas necessidades.

Segundo Ressel (2003) o tema sexualidade é constantemente evitado no processo de socialização de mulheres, e isso se estende a formação da enfermeira. Em seu estudo, enfermeiras chegaram a declarar que em várias etapas de sua socialização o tema era sempre tratado na esfera do proibido. Elas acreditam que tal condução de diálogos com seus pais, contribuíram para que não aprendessem a falar sobre sexo e, reconhecem, portanto, que se sentem despreparadas para tratar desse tema com os receptores de seus cuidados (RESSEL, 2003)

A literatura tem demonstrado que os cuidados voltados para as pessoas feridas focalizam o interesse nas modalidades técnicas dos curativos, no desenvolvimento de terapias tópicas, na validação de soluções de limpeza, desbridantes e cicatrizantes (CARVALHO, 2005). Quanto ao cuidado profissional voltado a esse grupo de pessoas, essa mesma autora alerta:

[...] para cuidar de pessoas com feridas, o fato de apenas conhecer os produtos e suas formas de uso, e focar os interesses comerciais, institucionais e profissionais, pode corroborar para uma assistência desumanizada. Nota-se, no cotidiano da prática da enfermeira, uma preocupação com os recursos materiais, para suprir as salas de curativos, e com o número de procedimentos para atender as exigências de produtividade da instituição de saúde. Todavia, o cuidar

restrito só às ações técnico-científicas pode ocasionar um distanciamento dos profissionais em relação a sua clientela.

Por isso, os aspectos psicossociais merecem ser visualizados, como requisitos essenciais para uma prática de cuidados, frente a essas pessoas, e para tanto será necessário ouvi-las, (a fim de) conhecer suas experiências.

A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, tanto na saúde física quanto a mental (SCHLIEMANN, 2005). Ao abordar a sexualidade da pessoa, com ferida crônica, deve ser entendido que a sexualidade não envolve apenas a atividade sexual, que as vontades e desejos, bem como as necessidades de satisfação são as mesmas, comuns a todos os seres humanos, e que a atividade sexual pode ser considerada como uma forma de buscar segurança, proteção e estabilidade (SCHLIEMANN, 2005). De acordo com a Organização Panamericana e a Organização Mundial de Saúde (2000)

A sexualidade refere-se a dimensão do ser humano que inclui sexo, gênero, identidade sexual e de gênero, orientação sexual, erotismo, afetividade /amor, e de reprodução. É experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades práticas, papéis, relacionamentos. Sexualidade é um resultado da interação de natureza biológica, psicológica, sócio-econômicos, cultural, ético e religioso / fatores espirituais. Embora sexualidade possa incluir todos esses aspectos, nem todas estas dimensões são experimentadas ou expressadas. No entanto, em suma, a nossa sexualidade é vivida e expressa em tudo o que somos, aquilo que sentimos, pensamos e fazemos (2000, p.14).

Ao viver com uma ferida as pessoas experimentam mudanças no corpo físico, e na condição psicológica, com repercussões importantes no âmbito das relações interpessoais, sociais e afetivas. Presume-se que a sexualidade destas pessoas sofre modificações uma vez que as dificuldades impostas pelo corpo ferido, sujo e com seus novos odores podem alterar a satisfação de suas necessidades, seus sentimentos, sua auto-imagem e seus comportamentos, implicando, pois, diretamente nos níveis de qualidade de vida.

A sexualidade apresenta um papel importante na identidade pessoal, no desenvolvimento de papéis e relações interpessoais. A interrupção da função sexual pode ocorrer por razões psicológicas, farmacológicas, fatores físicos e hormonais. Muitas enfermidades crônicas podem afetar a expressão sexual de uma pessoa, seja diretamente através de alterações vasculares, pulmonares, neurológicas, e nos sistemas hormonais, ou indiretamente, através das mudanças na auto imagem, auto estima, estado de ânimo, nível de energia e o nível de dor (FINGER, 2006).

As feridas crônicas, como as úlceras de membros inferiores, são geradoras de ansiedade, perda de autoestima, autopiedade e depressão. Aspectos psicoemocionais que podem, direta ou indiretamente, afetar a satisfação da sexualidade. As úlceras de membros inferiores limitam a capacidade das pessoas em participar de diversas atividades ou posições sexuais por causa da redução da mobilidade e da dor que tal enfermidade produz. As enfermidades crônicas alteram a dinâmica dos relacionamentos, convertendo parceiros e amantes em cuidadores. Tal mudança redefine os papéis de cada um na relação e pode implicar na diminuição ou anulação da atividade sexual (MODEL, 2008).

Por outro lado, a sociedade se mostra incomodada com a idéia de que as pessoas enfermas possam expressar desejo de manter ativa a vida sexual, e infelizmente, tais idéias são também compartilhadas por uma grande parte dos profissionais de cuidado à saúde, como enfermeiras e médicos. Tais crenças podem levar enfermeiras/os a tratar os pacientes como seres assexuados e, por isso, raramente abordam aspectos da dimensão sexual (FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999).

Ainda que a atividade sexual possa ser suspensa por um período, ou de forma intermitente durante a experiência da doença, o sexo segue sendo uma parte vital do cotidiano das pessoas com enfermidades crônicas.

Um dos fatores que contribuem negativamente para a satisfação da sexualidade é a ocorrência da dor. A dor crônica pode conduzir a efeitos psicoemocionais que favorecem a redução da satisfação dessa necessidade humana básica (AMBLER et al.2001). Quando a dor provoca a perda de função social como (o exercício da atividade laboral, e a participação nas tarefas domésticas) a auto-estima passa a ser afetada, e a pessoa a sentir-se inútil, pouco atrativa e indesejável para a/o parceira/o. A consciência de que o distanciamento físico e emocional está prejudicando as relações já existentes ou impedindo o início de novas relações pode ampliar a ansiedade, o medo, a culpa, o auto-desprezo e, inclusive, intensificar a percepção da dor.

O stress pode ser exacerbado em função das dificuldades secundárias à própria relação, e mesmo aquelas relações mais fortes podem sofrer impacto negativo em virtude das enfermidades e da dor crônica. As questões ocultas, conflitantes das relações, tornam-se cada vez mais difíceis de serem manejadas, requerendo, assim, a intervenção de ajuda profissional.

Há situações, por exemplo, nas quais o diálogo pode ajudar as pessoas a encontrar equilíbrio frente a adversidade que a enfermidade produz. Pode ocorrer que a pessoa ferida pense que seu/sua parceiro/a deixou de tocá-la(o) por que ele/ela perdeu o interesse, e isso o/a

faz sentir-se indesejável. O/A parceiro/a, por outro lado pode estar evitando a aproximação por medo de causar-lhe mais dor física, piorar a situação, e ao final sentir-se culpado/a. Desse modo, ao estimular o diálogo sobre os temores e sobre as dificuldades relacionadas à sexualidade, os profissionais de saúde podem auxiliar as pessoas a enfrentar essas situações.

Os sentimentos de inadequação podem ser intensificados pelas crenças, uma vez que circula em nosso meio que o “sexo pode piorar a enfermidade”. Aos profissionais cabem as abordagens que busquem desmistificar tais idéias, já que uma das dificuldades reside no fato de que tais crenças são reforçadas pelos próprios profissionais, principalmente quando as orientações ressaltam o valor do repouso “absoluto” na terapêutica de pessoas cronicamente feridas e deixam de contemplar outros aspectos importantes, como a sexualidade por exemplo.

Ao cuidar, a Enfermagem necessita valorizar a experiência da pessoa com uma ferida e os aspectos subjetivos que a envolve, devendo centrar-se no cuidado integral, considerando, portanto, o aspecto subjetivo da sexualidade das pessoas que cuida. Neste estudo foram exploradas as imagens, crenças e representações elaboradas por mulheres e homens sobre a vivência na esfera afetivo-sexual diante da presença da ferida crônica.

Assim, têm-se como objeto desta investigação **“Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens”** tomando como ponto de partida a seguinte questão: **Como as pessoas representam seus corpos feridos, vivenciam as mudanças, adotam medidas de enfrentamento, constroem e/ou mantêm relacionamentos afetivo-sexuais com a existência de uma ferida?**

Buscando responder a tais inquietações este estudo buscou como **objetivos:**

Apreender as representações sociais de mulheres e homens sobre seus corpos feridos e a sua vida afetivo-sexual; Analisar as vivências e representações de mulheres e homens com feridas a partir da categoria gênero.

Considerando as repercussões que a ferida tem no estado psicológico da pessoa, visto que sua ocorrência afeta a auto-estima, a auto-imagem e a qualidade de vida, e por acreditar que suas representações influenciam o modo como esses se relacionam consigo mesmos, com seus parceiros e com o mundo que os cerca, essa investigação busca ressaltar a necessidade de se realizar estudos que contribuam para conhecer essas crenças, com vistas a incorporar novos conteúdos que favoreçam a reflexão sobre essa problemática e sobre ações que sejam capazes de abrandar o sofrimento das pessoas com feridas que buscam cuidados nas unidades de saúde.

Dirigimos esse estudo a partir dos seguintes **pressupostos**:

1. A ferida crônica se constitui um comprometimento do corpo que altera significativamente os relacionamentos sociais e a sexualidade das pessoas.
2. A forma como mulheres e homens representam seus corpos feridos, influenciam o modo como elas/eles se apresentam a si mesmos e aos outros e como comportam-se social e sexualmente.
3. Mulheres e homens produzem diferentes estratégias para o enfrentamento das mudanças impostas pelas feridas e para o exercício de sua sexualidade, mediadas pelas questões de gênero.

Este estudo poderá contribuir para evidenciar a experiência da sexualidade de pessoas com feridas crônicas que, apesar de estar em grande número dentro das unidades de saúde, ainda sofrem de invisibilidade dado ao estigma relacionado à sua condição. Acredito que os relatos poderão alertar os profissionais de enfermagem para a importância da escuta durante o cuidado a essas pessoas, além de favorecer o desenvolvimento de ações educativas que desmistifiquem tabus relacionados à sexualidade das mesmas, e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

Nos estudos sobre qualidade de vida de pessoas enfermas, o item relacionado à “vida sexual” tem se mostrado de difícil mensuração, o que faz com este aspecto seja descartado das análises devido a motivos de consistência metodológica para o item. Yamada (2001) aponta que Kimura em (1999) necessitou descartá-lo porque apresentou correlação negativa com o item “saúde e dor”. Em seu próprio estudo, Yamada (2001) verificou correlação negativa com o item “dor na ferida”, em ambos sua correlação com os demais itens da pesquisa apresentaram escores baixos (0,28) e (0,29) respectivamente, enquanto que o mínimo exigido para sua manutenção no instrumento seria de (0,30). Essa autora ressalta que, também, no WHOQOL, o item sobre sexualidade tem demonstrado interferências em demais itens de avaliação da qualidade de vida, merecendo ser mais explorado.

De modo geral, as investigações de Enfermagem acerca da sexualidade mostram-se mais freqüentes nas temáticas voltadas a explorar a sexualidade da mulher no período gravídico puerperal, a sexualidade de jovens e adolescentes correlacionada ao risco da gravidez indesejada e as ISTs. Outros interesses são sexualidade de idosos e sexualidade e AIDS.

Quanto à sexualidade em situações de enfermidade, são valorizados os estudos envolvendo mulheres mastectomizadas, e de modo mais incipiente, pessoas com insuficiência renal crônica, doenças endócrinas, câncer, pessoas ostomizadas e portadoras de necessidades especiais. Esta tendência fora observada com base em revisões sistemáticas nas bases de dados latino-americanas SCIELO-LILACS, bem como nas de língua inglesa CINAHL e COCHRANE, o que possibilitou afirmar que informações e investigações voltadas para a sexualidade de pessoas enfermas, em particular, das pessoas cronicamente feridas, ainda são limitadas.

Outro aspecto importante identificado é o de que nos estudos, os dados sobre a sexualidade aparecem analisados de forma quantitativa, o que dificulta uma aproximação com a experiências das pessoas enfermas. No entanto, em suas conclusões, os autores ressaltam a necessidade de explorar os aspectos subjetivos sobre a sexualidade das pessoas feridas (Yamada, 2001).

Buscando tentar diminuir esta lacuna nos estudos científicos que valorizam a subjetividade de pessoas com feridas, ademais buscando explorar o tema da sexualidade, a escolha dessa temática parte de uma posição epistemológica e prática, na área do cuidado de pessoas com feridas, posição essa que busca valorizar a interação. Acredito que esse estudo possa fornecer e dar novas pistas, aos profissionais de Enfermagem, capazes de qualificar a relação que estabelecem, cotidianamente, frente às pessoas com feridas, que buscam cuidado nas unidades. Para tanto, torna-se essencial conhecer a história dessas pessoas. Mediante a aquisição do conhecimento destas questões, que se possa suscitar reflexões, críticas e, quiçá, adotar atitudes comprometidas com o bem estar daqueles a quem a Enfermagem destina seu trabalho. Acredito, também, que as diversas formas de se adaptar às situações de saúde e doença, em especial as representadas por perdas de integridade física, quando elaboradas pelos sujeitos que as experimenta, possibilita o redimensionamento das práticas de cuidados dos profissionais. Assim, ao tomar conhecimento desta realidade, a Enfermagem poderá refletir sobre os comportamentos ou alternativas de cuidado, entre aqueles que partilham dessa experiência de viver com uma ferida, a fim de motivar os profissionais de saúde a divulgar informações e estratégias durante os atendimentos e as consultas, auxiliando-os a minimizar o impacto que tais eventos provocam em suas vidas.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 REPRESENTAÇÕES DA FERIDA: ENTRE A DOR, O SOFRIMENTO, O HEROISMO E O PRAZER

Esta sub-seção versarei sobre as representações da ferida em diversos contextos, explorando imagens iconográficas presentes na história, literatura e no cinema que aludem ao papel social da pessoa portadora de feridas agudas e crônicas, e discute como essas imagens ajudaram a construir estereótipos para seus portadores, mobilizando sentimentos e comportamentos nos cuidadores.

Do ponto de vista biológico, a ferida consiste numa ruptura dos tecidos do corpo causada por injúria ou violência externa. Uma vez que se interrompe a integridade da pele a ferida é considerada uma imperfeição.

Embora as lesões manifestem-se inicialmente no corpo biológico, estas repercutem nos planos psico-emocional e social das pessoas, observados com frequência quando há dificuldade ou retardo na cicatrização, em indivíduos com ferida crônica.

Diferente das feridas agudas que cicatrizam em curtos períodos, as feridas crônicas podem persistir por meses ou anos e ocasionalmente até podem durar toda a vida (KANE, 2001). Considera-se crônica a ferida cuja cicatrização ultrapassa três semanas, apesar dos cuidados dispensados (CÂNDIDO, 2001; DEALEY, 1996).

O impacto negativo das feridas sobre as pessoas tem sido discutido por alguns autores (VAN RIJSWIJK, 2001; KANE, 2001; CÂNDIDO, 2001; DEALEY, 1996; DANTAS, 2003; DANTAS FILHO, 2003; CARVALHO; SADIGURSKY; VIANNA, 2006) os quais apontam o medo, a raiva, a frustração, o desgosto, a impotência e a culpa como sentimentos frequentemente observados nestas pessoas.

Segundo Dantas (2003), os indivíduos com feridas estão marcados por lembrança das situações que causaram estas lesões, tais como acidentes, queimaduras, agressões, doenças crônicas, complicações de cirurgias. A ferida torna-se então, a marca da perda e da dor, mesmo quando ocorre a cicatrização.

A presença de uma ferida altera a vida das pessoas que a experimentam pelo isolamento social que as características das lesões (necrose e odores) promovem, dificultando

ou limitando os contatos sociais. Segundo Van Rijswijk (2001), historicamente, os indivíduos que sofreram com feridas e injúrias foram excluídos da sociedade e marcados pelo resto de suas vidas. Ainda hoje, estes indivíduos vivem sob a marca do estigma de doenças mutilantes como a Hanseníase.

A exclusão social do ferido crônico está presente nas narrativas históricas, na literatura e no cinema. A natureza repulsiva dos odores, e a matéria que se decompõe nas lesões são os aspectos que fundamentam esse isolamento, uma vez que a decomposição do corpo foi associada ao risco de contágio e, as pessoas feridas foram isoladas, por serem consideradas um risco aos demais sujeitos, em sociedade. O próprio desconhecimento sobre as causas das feridas levavam a se considerar leproso toda aquela pessoa que apresentasse lesões de pele, de características duradouras, secretivas ou repugnantes, e o pânico era justificativa para que se denunciasse qualquer pessoa suspeita de portar tais características. Ainda hoje, a adoção de medidas para esconder as lesões está implicada na forma como a sociedade denuncia e discrimina socialmente tais pessoas.

Na história da invasão de Tróia, pelos gregos, podemos identificar a figura sofredora de Filoctetes. Filoctetes era um competente arqueiro que guardava um segredo que não podia ser revelado sobre o destino de seu pai após a morte. Certo dia, Filoctetes revela tal segredo, e em função disso, é punido, sendo picado por uma serpente que lhe provoca uma ferida grande e secretante. Os odores da ferida eram tão repugnantes para os outros soldados que esses o enganam e o abandonam numa ilha deserta por anos. Filoctetes vive solitário e sofre muito com o isolamento imposto por seu grupo. Ao final Filoctetes é resgatado da ilha para ser novamente incorporado à sociedade e lutar pela ocupação de Tróia. Porém, deve aceitar a cura como prêmio por ser readmitido ao mundo dos soldados (SAVATER, 2009). A tragédia é ilustrativa para nos mostrar que o sofrimento do guerreiro está muito mais vinculado ao fato de ter sido isolado por seus companheiros e afastado de seu mundo social, do que pela própria existência da ferida e, também, para perceber que a ferida fora interpretada, e ainda o é, em dias atuais, como castigo divino por não haver se comportado segundo suas leis. Ao mesmo tempo em que imputa o valor de castigo, o mito implica na noção de culpa que o indivíduo experimentará, percebendo a enfermidade como consequência natural de suas escolhas.



Fig.1 Philoctetes, Jean-Germain Drouais, 1786-1788;
Oil on canvas, 233 x 173.5 cm, Chartres, Musée des beaux-arts

Também na historia do arqueiro Filoctetes é possível analisar que a explicação para o surgimento de sua ferida não consiste num ato heróico durante a batalha, mas sim, numa resposta ao seu “mau comportamento” frente aos deuses, e isso muda drasticamente seu destino, a forma como a sociedade o representa e o trata.

No es la secuela gloriosa de ningún combate de igual a igual, sino una especie de accidente furtivo y fatal, una de esas cosas que les pasan a los hombres por ser cuerpos, un mal encuentro con alguna de esas realidades íntimas y hostiles que bastan para derribamos, en suma: una *miseria*. A causa de su llaga, el orgulloso arqueiro Filoctetes se ve convertido no en un honroso inválido de guerra, sino en un pobre y repugnante miserable.(SAVATER, 2009, p.1).

As reações às modificações do corpo físico são influenciadas pelo tipo de tratamento, os valores, a família e cultura da pessoa (SAPOUNTZI-KREPIA, 2001 apud SILVA & SILVA, 2002). Segundo esses autores “[...] os pacientes respondem às perdas de modo pessoal e a família, amigos e, principalmente, os profissionais da saúde podem ajudá-los a aceitar essa imagem do corpo, agora modificada” (p.77). Logo, as abordagens normativas, padronizadas, estão centradas na ferida, não alcançam o indivíduo que é singular em sua dor, e em sua resposta à perda de integridade do corpo, apenas o reduz ao padrão.

Porém, existem contextos culturais, onde feridas e cicatrizes evocam lembranças de feitos heróicos e estão valorizadas socialmente como expressão de coragem, determinação, virilidade e heroísmo. Silvester (2002) descreve em seu trabalho que a imagem da ferida é retratada como a encarnação simbólica dos esforços heróicos socialmente aceitáveis, na literatura de guerra pré-moderna, exemplificando por meio da obra de Homero, a *Iliada*, em que ele exalta:

"Ah para un hombre joven / todas las miradas multan y noble si él baja en la guerra / tajó a los pedazos bajo un acuchillar la hoja de bronce - / él miente el muerte ...pero allí la muerte cualquier pone el oso / todas las heridas son marcas de gloria" (HOMERO, Siglo XVI a.C apud SILVESTER p.219).

Segundo esta mesma autora, no longo poema inglês "Beowulf", as imagens das feridas correspondem ao logro da honra. "A ferida em um ser, é a manifestação física de um serviço oferecido. É o cartão de visita do guerreiro¹" (SILVESTER, 2002, p.219). A severidade da ferida permitia estimar a glória e os prêmios com os quais o guerreiro seria reembolsado depois. A literatura, como difusora de aspectos da história da humanidade, demonstra que as imagens veiculadas sobre a experiência da ferida nem sempre estiveram associadas às imagens negativas e de dor. O que se percebe, porém, é que tais representações mudam conforme a cultura e o tempo histórico, mas também, conforme a causa das mesmas. O que se torna perceptível no trabalho de Silvester é que a noção de heroísmo associada à ferida está relacionada à ferida provocada pelo combate, pelas lesões perfurantes por objetos de guerra (flechas espadas e lanças) e o confronto entre os corpos dos combatentes de guerra, ou seja, a ferida aguda e traumática, geralmente em consequência do confronto entre homens.

Entretanto, ao examinar outras representações, veiculadas pelo cinema, mediante um levantamento iconográfico, identificou-se que, nos filmes "Ben-Hur" (WYLER, 1959) e "Diários de Motocicleta" (SALLES, 2004), por exemplo, pode-se ilustrar como as feridas crônicas, ao contrário das agudas, são carregadas por representações de nojo, provocando a reclusão e isolamento, e significando perigo para quem cerca o portador das mesmas. Muitas vezes, tais lesões, são até utilizadas como forma de castigo para aqueles que desafiam a ordem social vigente, a exemplo de tocar nas mãos ou beijar a face do hanseniano, como podemos ver em "O Gladiador" (SCOTT, 2000); Já em outros contextos, a auto-mutilação em que se provoca feridas no próprio corpo pode significar expiação de pecados ou medidas para atingir a pureza da alma, defendidas como práticas aceitáveis por algumas religiões, a exemplo do personagem do 'cavalheiro templário' de "O Código da Vinci" (HOWARD, 2006).

¹ Tradução livre da autora



Fig 2 Lázaro

A idéia de sofrimento mediante o acometimento por feridas crônicas foi também ilustrada no Evangelho de São Lucas, e a figura de Lázaro é bastante conhecida por suas feridas e por ter se convencionado a chamar todas as pessoas portadoras de lesões cutâneas como os Lázaros ou lazarentos²; Lázaro é a expressão do sofrimento e do abandono, sua imagem veiculada pela religião católica acrescenta dois cachorros que lambem constantemente suas feridas, sendo estes seus companheiros. Sua imagem é de um homem pobre, frágil, semidesnudo, de modo a tornar suas lesões bem visíveis.

A parábola descrita por São Lucas versa sobre Lázaro, mendigando à porta de um homem rico e insensível às demandas do humilde pedinte. Ao morrer, Lázaro e o homem rico se igualam em sua condição material/corpórea em seu caráter de finitude, mas o sofrimento é exaltado como requisito para o alcance ao reino dos céus, invertendo completamente a situação de Lázaro, que é elevado ao convívio celestial e torna-se um santo venerado pelos fiéis católicos.

Desta parábola, podemos apreender representações ainda presentes em nossa sociedade, que colocam a pessoa portadora de feridas crônicas na condição de resignado com seu destino, sendo sua última alternativa, apelar para Deus como forma de ascender a um

² Lazarento é um termo ou rótulo usado para referir-se às pessoas com feridas, de conotação negativa e usado como ofensa, sinônimos de leproso, ferido, portador de chagas, ou ainda àquelas pessoas com má sorte na vida, ou abandonadas.

mundo melhor e mais justo. Que explicação teria tamanho sofrimento senão alcançar o reino dos céus?

A história de Lázaro disseminou importantes imagens a respeito da pessoa cronicamente ferida no mundo judaico cristão, reforçando a imagem de uma pessoa solitária, rechaçada socialmente que, sem receber auxílio por parte de outros humanos, o único recurso que lhe resta é esperar por justiça divina.



Fig 3 Omolu

Semelhantemente ao Lázaro dos católicos, na Mitologia Afro-brasileira há um mito conhecido por esconder seu corpo cheio de cicatrizes de supostas antigas feridas que o teriam desfigurado para sempre; trata-se de Omolu. Conta a lenda que Omolu nasceu com o corpo coberto por lesões e foi abandonado por sua mãe à beira de um rio. Iemanjá o adota como filho e o transforma em um importante guerreiro, cultuado como protetor contra as enfermidades como as dermatoses e doenças cutâneas contagiosas.

Ambas as histórias têm como marca o abandono e, seus protagonistas são representados como santos/divindades por suportar uma vida supostamente marcada pela dor e o isolamento. Tanto São Lázaro quanto Omolu são vinculados ao poder de cura de doenças epidêmicas e rituais de limpeza do corpo.

Outro aspecto importante a ser considerado na história de Omolu é a aderência da imagem do homem ferido à imagem guerreiro dotado de poder. Essa forte representação que

atrela a ferida e suas cicatrizes a um passado de glória e combate, pode está relacionado com a frequência com que as feridas decorriam dos combates, pela posse de território, entre os homens. Este elemento parece estar presente nos vários continentes, observada nas práticas de modificação corporal dos diversos grupos.

De modo geral no contexto do cuidado de Enfermagem, quando nos referimos às pessoas feridas emergem as representações do sofrimento. As publicações científicas da área alertam que ao lidar com pessoas acometidas por feridas é importante lembrar que estamos diante de alguém especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores tanto na esfera física quanto na alma (DANTAS FILHO, 2003).

Porém, de acordo ao levantado neste estudo constatamos que existem contextos culturais e situações em que as feridas e cicatrizes evocam lembranças de feitos heróicos e estão valorizadas socialmente, como expressão de coragem, determinação, virilidade e heroísmo, opondo-se às representações de sofrimento anteriormente destacadas.

Atualmente há um movimento urbano, denominado Body Art, que tem como prática a modificação corporal com fins estéticos, o qual inclui a tatuagem, escarificação, implantes, piercing, branding e expansão. Dentre estas técnicas, duas delas referem-se à auto provocação de lesões na pele: a “escarificação” e o “branding”. A primeira consiste em fazer diversos cortes com objetos cortantes e pontiagudos, como bisturis e /ou facas na pele, formando desenhos. Uma vez realizado o desenho, espera-se que forme uma crosta que é retirada diariamente, e em seu lugar, podem ser colocadas cinzas misturadas com limão para formar novas crostas, que são removidas com frequência, até formar uma marca que cicatrize e a área desenhada da ferida não desapareça, ressaltando a forma em relevo. Uma variação desta técnica é a “skin-remove”, que consiste em remover uma capa de pele formando desenhos mais amplos e delimitados (VERGARA, 2007); O “branding”, consiste em marcar a pele com um molde de ferro ou aço quente, queimando-a, a exemplo do que se realiza na marcação do gado, formando traços que, de acordo com a criatividade do executor, podem surgir desenhos mais sofisticados e complexos, de grande efeito estético. Ambas as técnicas são originárias de países da África e Austrália que a utilizavam na face, para identificar indivíduos de um grupo ou comunidade, e em outras partes do corpo com objetivo estético e/ou erótico. Atualmente, o “branding” é uma prática em expansão entre tribos urbanas nos Estados Unidos e alguns países da Europa.

Para as pessoas que por vontade própria, desejo ou querer se utilizam de práticas de modificação corporal, ou seja, que algumas vezes provocam em si mesmas, lesões, marcas,

implantes ou suspensões da pele capazes de alterar seu corpo, e sua integridade cutânea, não estão atreladas ao sofrimento. Ao contrário, adotam um conceito de dor que não é tido como sinal indesejado ou de infortúnio, mas como uma válvula de escape para seus conflitos internos e externos, como parte essencial para sentir-se “vivo”, inclusive um modo particular de conectar-se com o prazer e o erotismo (VERGARA, 2007) e expressar a liberdade, autonomia e controle de seus próprios corpos, dentro da sociedade, contrapondo-se às normas da estética corporal.



Fig 4 Escarificação

Marcar a própria pele representa uma forma de diferenciação com o outro, o externo e o diferente, como também é uma modo de aproximação com o grupo de sujeitos que praticam a mesma experiência e que compreendem seus símbolos e códigos, com a finalidade de reconhecer-se entre si no grupo. Além disso, a modificação corporal pode levar uma pessoa a reconstruir-se e redefinir-se, modificar seu corpo ao próprio gosto e obter prazer nesse ato (VERGARA, 2007).

No mundo ocidental, algumas práticas que danificam, firam ou agridam o corpo, causando modificação corporal são em grande parte interpretadas como manifestações patológicas pelas ciências médicas, em especial a psiquiatria, e as pessoas que fazem uso das mesmas encontram-se estigmatizadas, tendo sua imagem vinculada a padecimentos carregados de representação negativa como a Aids e outras ISTs. De acordo com Perez-

Cotapos e Cossio (2006) estudos da área biomédica envolvendo pessoas tatuadas chegam a referir-se a essas pessoas como perigosas e em situação de risco (PEREZ-COTAPOS & COSSIO, 2006). Em outros contextos, as mesmas práticas podem ser consideradas como naturais dentro da cultura e, as pessoas cujos corpos apresentam-se marcados são avaliadas como belas, fortes e poderosas.

Vale destacar que práticas de modificação corporal como implantes de silicone, lipoescultura, cirurgias plásticas em geral são socialmente aceitas e portanto não são valoradas como escolhas de motivação patológica.

Na China, atualmente, mantém-se uma prática de provocar lesões por queimaduras, nos corpos, na ocasião da passagem do ano velho para o ano novo. Neste rito os homens se submetem a queimaduras por fagulhas provocadas por estilhaços de ferro, uma espécie de fogos de artifício. Com essa medida, acredita-se que no ano vindouro terá maior saúde aquele que sair mais ferido daquela exposição (TVE España, 2009).

Com o respaldo dos personagens veiculados pela literatura e pelo cinema, levantou-se uma gama de imagens que, ao longo da história, serviram para sedimentar a idéias de dor e sofrimento do corpo ferido crônico e de força e poder ao corpo ferido agudo. As pessoas com feridas crônicas são marcadas por um estigma, no qual imagens dotadas de significados negativos evocam sentimentos contraditórios desde repulsa à compaixão. Ao contrário da tatuagem, da escarificação voluntária ou do piercing, a ferida crônica é uma marca identificatória não reivindicada que se pretende esconder, eliminar, e esquecer, motivo de isolamento e censura.

Os contextos podem variar, no entanto, é possível perceber que a lesão provocada, acidental, violenta e inesperada pode representar a busca pela liberdade, beleza, pureza, perfeição ou coragem, enquanto que a lesão insidiosa, persistente ou crônica pode ser entendida como reflexo de danação e pecado moral sexual. Os cuidadores tendem a aderir a tais representações e, nesse sentido, concebem os feridos agudos como merecedores de cuidados imediatos e, solidariedade dos grupos, para os quais todos os esforços estariam dirigidos. Enquanto os feridos crônicos são vistos como impuros, repulsivos, incuráveis e resignados, sobre os quais, as medidas de cuidados centradas na cura, não dariam conta de devolvê-los ao convívio social devendo, por isso, serem descartadas, condenando-os ao descaso e isolamento.

Importa, então, saber quais as origens da ferida, qual seu histórico, e como seus personagens a adquiriram ou a produziram para compreender as representações que estão em

seu entorno, uma vez que as práticas de cuidado de Enfermagem são permeadas por imagens historicamente construídas.

2.2 ASPECTOS SÓCIO-ANTROPOLÓGICOS SOBRE A CONDUTA DA PESSOA ENFERMA

A enfermidade pode ser entendida sob diversas perspectivas, variando desde a posição que ocupa cada sujeito. Embora esta seja um fenômeno universal, sua concepção ou conceituação varia, enormemente, de um contexto a outro, uma vez que a representação de doença/enfermidade para uma pessoa, pode não significar o mesmo para outra, ou até uma mesma pessoa pode ter percepção da doença, de acordo com variações do tempo e do ambiente, por exemplo. Isso significa afirmar que o modo como um mesmo processo de saúde-doença é visto por profissionais de saúde (enfermeiras/os, médicos, terapeutas, entre outros.) pode divergir, completamente, do ponto de vista dos enfermos e de sua família, e que a conduta face à enfermidade é, em grande parte, definida socialmente (ALVES, 1993; FREIDSON, 1978; GOFFMAN, 1987).

Segundo Mercado-Martinez (1999), deve-se considerar que os padecimentos (adoecimentos) são fatos cotidianos recorrentes que tendem a aparecer frente aos sujeitos e grupos sociais como ameaças permanentes ou circunstanciais, tanto a nível real como imaginário, e tais grupos têm uma necessidade de construir significados sociais coletivos, pelo menos para certos grupos de enfermidades. Também há de se levar em consideração que determinadas doenças são atreladas a metáforas poderosas que atuam na configuração dos comportamentos. De acordo com Sontag (1989) há doenças cujas significações negativas tendem a se reconfigurar ou persistir no imaginário coletivo servindo de ferramenta eficaz de estigmatização dos doentes.

O modo como as pessoas e sociedade concebem a enfermidade foi teorizado por diversos autores das ciências sociais e das ciências da saúde com trânsito na antropologia e sociologia. Dentro de uma concepção funcionalista, reducionista, o conceito acerca do “papel do enfermo” foi pela primeira vez proposto por Talcott Parsons (1976) para designar que há comportamentos esperados de uma pessoa, diante da enfermidade, com base em seu status dentro do grupo social a qual pertence. Suas idéias foram extremamente úteis para analisar o status, tanto dos profissionais como dos enfermos, inaugurando, assim, uma importante linha

de investigações em torno da relação médico-paciente, que logo em seguida foi superado por perspectivas sociológicas interacionistas (ALVES, 1993).

Talcott Parsons pertencia a uma linha funcionalista cuja preocupação maior era com o ordenamento da sociedade sem considerar a discordância dos que podiam manifestar-se contra ela. Sua preocupação era determinar a função que os indivíduos desempenhavam na estrutura social, visando a excelência das coisas, o perfeito funcionamento da sociedade. Nesse sentido não se levava em conta a liberdade dos sujeitos de alterar os fatos ou determinações sociais, ou seja, não havia espaço para o conflito e a mudança.

Para Parsons, ao tornar-se enferma a pessoa ingressa num conjunto de direitos e deveres que lhe seriam outorgados socialmente, o que ele definiu como “*sick role*”, ou papel do enfermo. As principais críticas a essa proposição parte do fato de que para esse autor não é a própria pessoa que se define como enferma, mas a sua condição é que deve ser reconhecida por outras pessoas, assim como a natureza da ajuda que como enferma a pessoa necessita. A outra crítica advém do fato de Parsons depositar no médico toda a responsabilidade em definir quem é ou não enfermo, não permitindo liberdade ao próprio sujeito. Em outras palavras, se o médico definir que alguém está enfermo, este deve aceitar tal veredicto e se conformar com o destino reservado àqueles que pela medicina são assim classificados e usar todos seus esforços para buscar a ajuda, também, definida pelo médico.

De acordo com esse autor, ao tornar-se enferma a pessoa teria direito de se eximir de suas habituais responsabilidades sociais e, não serem responsabilizadas pela situação em que se encontravam inseridas. No entanto seriam, ao mesmo tempo, obrigadas a admitir seu estado enfermo como indesejável e usar todos seus esforços para buscar melhorar, buscar ajuda profissional e colaborar com o profissional no seu processo de cura (RODRÍGUEZ; PICABIA; SAN GREGORIO, 2000).

Segundo as teorias reducionistas de Parsons, os traumatismos e doenças físicas de alguns indivíduos constituem uma séria ameaça para a sobrevivência e coesão da sociedade. Os sujeitos feridos ou afetados por diferentes doenças não só deixam de cumprir com suas responsabilidades ante o resto do grupo, mas, ainda, interferem nas atividades cotidianas do grupo e seus cuidados originam uma carga adicional para os demais.

Em seu desejo de resolver esta perturbação (a enfermidade) que ameaça a sobrevivência, a produtividade e a tranquilidade coletivas, a sociedade dá origem ao “papel dos curadores”. Esta função é exercida pelos membros da comunidade a quem se designa a responsabilidade básica de restabelecer a ordem e harmonia do grupo (GÓMEZ-ARIAS, 2003).

Buscando cumprir com sua função de ordenamento e controle, a sociedade reconhece nos curadores a autoridade para atuar com base em quatro competências (PARSONS, 1976; GÓMEZ-ARIAS, 2003) :

1 Explicar ao grupo a natureza das doenças e traumatismos. Os curadores atendem às doenças que o grupo submete aos seus cuidados, classifica e atua sobre elas com diferentes graus de êxito. De acordo com o êxito de sua intervenção, os curadores explicam e classificam as doenças. Desde a comunidade primitiva, os curadores tem sido aqueles que determinam “o que é uma doença, quem é enfermo e qual o seu papel”.

2 Atuar sobre o corpo do enfermo e seu entorno. Ao curador se reconhece a autoridade para observar, manipular e intervir sobre o corpo do enfermo. Modificar seu comportamento e ordenar mudanças em suas condições de vida.

3 Definir e legitimar o “papel do enfermo”. De acordo com sua noção do que considera enfermidade, o curador define quem é um enfermo e quem não é. Esta decisão tem implicações técnicas, mas também implicações sociais.

4 Definir a conduta do grupo frente ao enfermo. O curador não só tem a competência de definir o comportamento do enfermo, mas também do resto da sociedade.

O modelo explicativo de Parsons foi muito importante para dar início aos estudos sobre a relação médico-paciente, porém foi muito criticado por não dar espaço às diferenças individuais quanto ao modo de vivenciar e interpretar o processo de adoecimento. Seu modelo mostrou-se útil para explicar situações de adoecimento agudo, abrupto e recuperável mediante auxílio médico, mas, não servia para explicar situações de adoecimento crônico em que a cura não é viável, além disso, desconsiderava os processos psicológicos perceptivos e interpretativos e de enfrentamento (BALLESTER ARNAL, 1993).

Outra crítica dirigida ao modelo explicativo de Parsons, é a de que ele seria aplicável, fundamentalmente, às populações das classes médias e altas das sociedades ocidentais e também ao fato do modelo dispensar uma importância maior ao papel do médico e reduzir a relevância da família e das próprias concepções que o enfermo desenvolve ao longo da sua experiência de enfermar-se (RODRÍGUEZ; PICABIA; SAN GREGORIO, 2000).

Ainda contrariando tal modelo teórico, um estudo de Twaddlle, em 1969, demonstrou que dentro de uma mesma cultura é possível observar variações no modo de conceber-se enfermo e que nem todas as pessoas alimentam a expectativa de alcançar a cura, assim como nem todos buscam colaborar com as orientações do médico (MENDOZA; GONZÁLEZ, 2006).

Muitas teorias acerca do processo saúde-enfermidade foram desenvolvidas baseando-se numa postura crítica frente à forma reducionista com a qual o modelo biomédico tende a abordar o enfermo e sua experiência limitando-se essencialmente a vislumbrar os aspectos biológicos. As principais críticas ao modelo funcionalista advêm da corrente sociológica conhecida como interacionismo simbólico, desenvolvida na Escola de Chicago e dentre os estudos destacam-se as contribuições de Eliott Freidson (1978) e Erving Goffman (1975).

Para Freidson (1978), o papel do enfermo não é definido somente pela sociedade, mas passa por uma espécie de filtro interpretativo que o próprio sujeito vai utilizar dentro de seu marco de referência cultural para julgar a partir de que momento se entende como um sujeito enfermo. Freidson defende que, desde o início da doença, a pessoa busca dar um significado à sua experiência e depois busca formas de se adaptar ou enfrentar tal situação, até culminar no momento em que vai buscar auxílio médico. Ainda para esse autor, o conhecimento da doença depende da interpretação dos sintomas e da importância que os sujeitos lhe conferem, o que variará de acordo com o nível de informação e a condição socioeconômica de cada um.

As considerações de Freidson (1978) permitiram compreender que a conduta do indivíduo, durante a doença/enfermidade, se caracteriza por sua experiência social da enfermidade, ou seja, quando um indivíduo experimenta sintomas ou mudanças desagradáveis, sejam emocionais ou corporais, que interferem em seu funcionamento normal, geralmente sofrerá uma tensão que se manifestará por meio da angústia, a qual poderá reagir inicialmente, dedicando-se a praticar atividades saudáveis, para negar os sintomas ou buscar orientação de seus pares, em seu grupo de referência, tentando justificar que seus sintomas não são tão graves. Caso o mal estar e os sintomas persistam, ou se intensifiquem, ele se vê obrigado a buscar ajuda de outros, nesse caso não mais seu grupo social, mas os serviços médicos. Observa-se, ainda, que a busca por ajuda está condicionada frequentemente pela classe social a que pertença o indivíduo, atendendo aos seguintes aspectos:

As pessoas em situação econômica e educativa elevada tendem a ter noções mais próximas das científicas sobre saúde e doença, e alimentam valores e estilos de vida mais próximos aos valores dos profissionais de saúde, o que tende a diminuir a tolerância aos sintomas e buscar mais prontamente a ajuda profissional, além de adotarem hábitos preventivos e terem maior facilidade de acessar os prestadores de saúde dos sistemas públicos e privados de atenção à saúde (BOLTANSKI, 1979).

Os indivíduos que fazem parte das classes sociais em situações de inferioridade econômica tendem a ter conhecimentos mais limitados sobre as causas e tratamento das enfermidades, tendo, portanto, mais possibilidades de aderir a teorias não científicas, uma vez

que esses tendem a definir a enfermidade a partir das observações diretas em seu grupo de referência ou de experiências concretas como a dor e as incapacidades funcionais promovidas pela doença. Também estes são carentes de informação sobre a magnitude e a natureza dos serviços médicos disponíveis, sentem-se tímidos em consultar o médico e, em geral, buscam ajuda profissional quando experimentam uma exacerbação dos sintomas da doença ou quando observam que já esgotaram suas alternativas não científicas de solucionar os problemas. (FREIDSON, 1978; BOLTANSKI, 1979).

Outro aspecto importante levantado por Freidson diz respeito ao modo como as pessoas são cuidadas. Para ele, o elenco de medidas a ser dispensadas às pessoas enfermas vai variar de acordo com os rótulos que a sociedade imputa ao enfermo para classificar os transtornos, sendo que cada classificação trará distintas conseqüências. Nesse sentido, os rótulos são sempre atribuídos por outros, ou seja, pelo grupo de referência, ou os médicos, os curandeiros ou o meio social (FREIDSON, 1978).

Este autor desenvolveu o conceito de legitimidade alegando ser este essencial para compreender os diversos “papéis do enfermo”. A noção de legitimidade implica em desvio, em maior ou menor grau da atuação normal do indivíduo. Seriam eles: a legitimidade condicional, a legitimidade incondicional e a ilegitimidade.

A **legitimidade condicional** corresponderia àquelas situações em que os indivíduos considerados desviados (enfermos) estariam isentos de suas obrigações sociais habituais temporariamente, os quais também gozariam de alguns privilégios adicionais sempre que busquem auxílio profissional para livrar-se de seu problema. Por exemplo, um resfriado seria um desvio menor, enquanto uma pneumonia um desvio mais grave dentro desse exemplo.

A **legitimidade incondicional** se aplicaria àquelas situações em que os desviados teriam assegurado a isenção definitiva de suas obrigações e aos quais se adicionaria privilégios permanentes por conta da grave natureza de seu desvio. Um exemplo desta categoria seria o câncer em estágio terminal.

A **ilegitimidade** estaria relacionada às situações em que os desviados estariam isentos de algumas de suas obrigações em função de seu desvio, os quais não são tecnicamente responsáveis por eles. No entanto, nesta situação, se concede poucos privilégios e surgem certos impedimentos de caráter estigmatizante, a exemplo de uma ferida crônica ou da hanseníase sendo a última considerada mais grave.

Apesar das importantes considerações acrescentadas por Freidson, e ao fato dele ter ido além das teorias funcionalistas parsonianas sobre o papel do enfermo, este também sofreu algumas críticas, a princípio por ser, seu estudo, estritamente teórico, sem que o autor

houvesse aplicado, experimentalmente, seu modelo em grandes populações. Em segundo lugar, por que não conseguiu dar conta de explicar as diferentes formas pelas quais as pessoas se definem como enfermas. Seu maior mérito foi descrever os diversos tipos de papéis do enfermo, de acordo com a legitimidade, e caracterizar a enfermidade como um rótulo socialmente imposto, situando a enfermidade como um fenômeno social.

Deve-se considerar que, independente da sensação diferencial individual, devido à natureza única de cada indivíduo, existe um condicionamento social dos processos de saúde-enfermidade atribuído ao fato de que cada pessoa como ser social, pertence a um grupo social concreto, no qual foi educado e preparado para perceber a saúde e a enfermidade em um determinado contexto (MORAGAS, 1976).

Goffman (1987) analisa a realidade social das instituições totais, trabalho no qual destaca o contexto do hospital psiquiátrico, e elabora uma importante discussão acerca da trajetória do doente dentro da instituição, com destaque às mudanças que ocorrem na vida dessas pessoas, com maior ênfase sobre "a carreira moral do enfermo", na qual se preocupa com "a sequência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros"(p. 112).

Importantes contribuições são acrescentadas pela antropologia médica norte-americana para a compreensão do fenômeno social da enfermidade, e os conceitos de enfermidades sofrem uma redefinição a partir dos marcos interpretativos. Nesse sentido, a antropologia defende que a enfermidade, para ser compreendida, deve ser dividida em três dimensões: *disease*, *illness* e *sickness*.

O conceito de *disease* (enfermidade) refere-se à anormalidade na estrutura ou função do órgão ou dos sistemas, alude aos processos físico-patológicos que podem ser reconhecidos ou não pela cultura. Esta dimensão da enfermidade reflete o ponto de vista do campo biomédico.

Nesse sentido, *disease* varia de sociedade em sociedade, e é explicada por fatores climáticos ou geográficos, como outros relacionados às atividades produtivas, à distribuição dos recursos, fatores como a má nutrição, a poluição, a insegurança econômica, a moradia, a posição que política e socialmente se tenha dentro da comunidade, dentre outros, que contribuam para a susceptibilidade da saúde.

Outra dimensão da enfermidade seria *illness* (padecimento), a qual vincula-se à interpretação dos sujeitos, pautada em sua percepção e experiências de certos estados desenvolvidos socialmente, incluindo, mas não limitando-se à enfermidade. Segundo Chuaqui (2006) mais além da existência como fenômeno físico, a enfermidade existe quando é

reconhecida culturalmente, por isso, não só varia conforme as diferenças culturais, mas também dentro de uma mesma sociedade e no tempo. Em nível individual, relaciona-se com a resposta do paciente face ao sofrimento ou à enfermidade, o que se reconhece como “padecimento”.

Kleinman (1991) considera que as enfermidades são vividas e interpretadas pelos indivíduos, convertendo-se em padecimentos (*illness*). Nessa perspectiva, para o autor, padecer consiste em sentir e sofrer uma série de sintomas, e tem relação direta com o modo de viver e vigiar os processos corporais e as expectativas criadas em torno desses processos, as categorias e explicações do sentido comum, acessíveis à todas as pessoas, do grupo social, e os juízos de valor dos doentes sobre como enfrentá-los.

Em muitos dos casos, as representações ou concepções sobre enfermidade e saúde são originados de modo completamente independentes do saber médico (HERLIZCH, 1973).

Sickness (*mal estar*) estaria relacionado ao processo através do qual os sinais biológicos e de conduta, originados pela enfermidade, são significados e reconhecidos socialmente.

Acerca da enfermidade e saúde, as sociedades constroem linguagens e conjuntos de representações outras, alheias àquelas vinculadas ao saber médico. O saber popular constituiu um conjunto de explicações a partir de visões próprias. Por exemplo, para os católicos, a dor pode ser representada como uma redenção ou modo de expiar os pecados. Para as classes altas, a saúde é reconhecida como um “**valor pessoal**” através do qual se organizam os comportamentos da vida diária, comer bem, praticar exercícios; para as classes médias trabalhadoras é representada como um “**bem social e público**”, enquanto que para as classes pobres, a saúde seria uma “**benção de Deus**”, entendida como uma ferramenta que possibilita a aquisição do pão diário (VEKEMAN, 2007).

Frente ao padecimento as pessoas constroem uma rede de significados, constroem um saber, um conjunto de práticas constituídas a partir de seus grupos de socialização e de sua interação com os sistemas médicos que acessam. As representações consistem numa série de significados que servem para que os indivíduos dêem sentido aos mal estares que sofrem, permite entender e classificar as situações em que se apresentam e a organizar ações e práticas; não somente inclui a experiência individual, mas o contexto concreto em que se situam os indivíduos e grupos, refere-se a uma forma de conhecimento socialmente elaborado (JODELET, 2001).

Para Herzlich (1973), as pessoas costumam elaborar representações sobre a doença que servem de fundamento para as atitudes que as pessoas utilizam para o seu enfrentamento.

A doença seria, então, representada como destruidora, libertadora ou como um desafio. Segundo esta autora não são todas as pessoas que se enquadram nestas categorias e pode haver aquelas que concebam a doença com conteúdos de todas elas.

A doença como **destruidora** diz respeito às concepções de pessoas, particularmente, ativas ou envolvidas na sociedade e, para as quais, qualquer interferência em seu papel familiar ou profissional consiste em um grave problema. A partir do momento em que a doença passa a limitar a capacidade pessoal, para assumir responsabilidades, há uma concomitante perda de posição social e isolamento social. Quanto mais a pessoa se percebe com responsabilidades perante os outros, tornar-se dependente de outros pode provocar sentimento de menor valia. As atitudes de enfrentamento podem ser paradoxais, quer tentando assumir o controle da situação adotando comportamento de negação, ignorando a situação como se nada estivesse acontecendo, quer desistindo de lutar sentindo-se impotente (HERZLICH, 1973).

Como **libertadora** a doença é concebida como capaz de livrar a pessoas de responsabilidades ou das pressões que a vida impõe. A doença pode ser entendida como um processo capaz de trazer benefícios e privilégios, entre os quais se incluem a atenção, o cuidado e a solidariedade dos outros, passando a ser considerada como um ganho secundário (HERZLICH, 1973).

Concebida como **desafio** a doença é assimilada como algo com o qual se deve lutar e resistir, e para isso deve-se utilizar todos os poderes e recursos possíveis. Empenhando-se energia e capacidades para promover a recuperação. As pessoas que nutrem este tipo de representação tendem a acreditar nos poderes de cura da mente sobre o corpo enfermo (HERZLICH, 1973).

Desse modo, a experiência da enfermidade mostra-se carregada de símbolos e imagens, socialmente construídas, que não podem ser entendidas desconectadas de uma compreensão sobre o contexto em que são elaboradas e difundidas, pois enquanto fenômeno social está em constante construção, desconstrução e reconstrução que ademais em cada período histórico, conta com a influência tecnológica própria de seu tempo.

2.3 CORPO E SEXUALIDADE

Durante muito tempo, a sexualidade foi entendida apenas como uma necessidade instintiva do corpo. Tal pensamento foi difundido pela sexologia, que explicava o sexo como “uma força e energia absolutamente avassaladoras” ressaltando-o como uma necessidade do corpo (WEEKS, 2000, p. 40). Vale destacar que esta força avassaladora está relacionada ao papel do homem dentro da função sexual, reservando à mulher uma posição passiva diante dos relacionamentos sexuais, cujo papel seria cumprir uma função prioritariamente reprodutiva.

Ao considerar a sexualidade como algo instintivo secundário à natureza, inscrito apenas sobre o corpo biológico, supõe-se que todas as pessoas vivem sua sexualidade de maneira igual, universal; essa visão essencialista restringe a sexualidade a um mecanismo fisiológico, cujo objetivo principal é servir à reprodução da espécie e ao extravasamento de uma pulsão de ordem psíquica.

Nessa forma de pensamento, a explicação dos comportamentos sexuais das pessoas está fundamentada em estudos sobre o comportamento de animais, e como são considerados de natureza inata, compreende-se que são despertados por estímulos semelhantes e seguem padrões também idênticos de respostas (MASTERS; JOHNSON apud PLAZA, 2003). Considera-se então, o sexo inato, eternamente imutável, transhistórico e associal (RUBIN, 1975).

Essa vertente do pensamento essencialista está diretamente relacionada à versão biomédica e psicanalítica, as quais se referem à sexualidade como algo que constitui a natureza humana, “a energia sexual” inerente às sensações corporais, aos comportamentos dos corpos em ereção voluntária ou involuntária, e ao considerá-la como inerente à natureza, seria passível de ser domesticada, modelada, controlada, redefinida pela cultura (HEILBORN, 1999, p.64).

A religião, a medicina e a psicanálise desenvolveram discursos que serviram para elaborar um pensamento ético ou normativo/terapêutico gerando argumentos, proibições e normas para o controle do erotismo, com base na premissa de que a sexualidade necessitaria ser vivida dentro de idéias de amor a Deus, à família e com fins de procriação, tornando-se essa a exigência para ingressar no mundo do sexo.

A partir do século XIX a sexualidade tornou-se objeto de grandes sanções institucionais e alvo de proibições moralistas da sociedade desde a era vitoriana, cujas

repercussões ainda se observam em tempos atuais. O sexo, segundo o autor, passou a ser atrelado à noção de pecado, e falar sobre sexo passou a ser uma obrigação durante o ato da confissão, porém restringidos em outros espaços. As medidas proibitivas se estendem às várias camadas da população e seus espaços sociais (FOUCAULT, 1993).

Foucault relata, por exemplo, que para a sociedade, as crianças, consideradas puras, deveriam ser proibidas e impedidas que se falasse sobre o tema. Para isso deveriam estar em constante vigilância e a escola, por exemplo, deveria ter uma organização física, uma arquitetura que favorecesse tal vigília dos corpos, ou seja, a um tipo de pedagogia anti-sexual. Crianças e adolescentes seriam localizados em espaços considerados assexuados, especialmente os dormitórios e locais de banhos com características especiais que permitissem a supervisão atenta dos professores (FOUCAULT, 1993).

Alem disso, alerta o autor que ao longo do tempo, o sexo tornou-se incompatível com os interesses da economia, já que o corpo é considerado, desde então, um corpo utilitário. Desse modo, os sujeitos deveriam reservar seu tempo livre e de prazeres para a produção e o trabalho e o sexo seria um impeditivo para tal fim, devendo então ser regulado por interesses econômicos. Dever-se-ia, então, assegurar para a população, reproduzir a força de trabalho, manter as formas das relações sociais desejáveis aos interesses, em resumo: montar uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora (FOUCAULT, 1993).

Nesse sentido, o discurso sobre sexo sofre sanções em todas as fases do desenvolvimento humano, implicando em situações de mal estar ao se tratar sobre aspectos que o envolvem, especialmente se tais aspectos se distanciam dos objetivos práticos de regulação da reprodução e se enfoca nos elementos relacionados ao prazer dos corpos, embora se reconheça o sexo como uma necessidade humana básica.

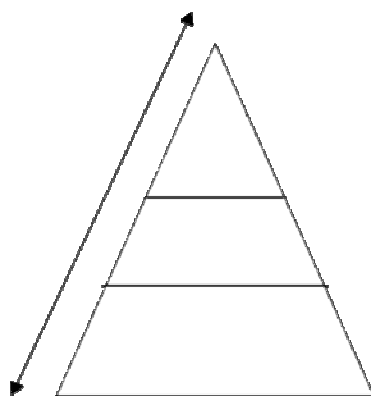
Sob o unívoco discurso biomédico, a sexualidade e tudo que se relaciona ao *eros* é considerado como instinto biológico e focado na reprodução, enquanto que o discurso da psicanálise situa a sexualidade sem procriação como perversão, entre as quais todas as práticas sexuais que não objetivam a reprodução biológica da espécie passam a ser consideradas como inadequadas, desviantes, tais como o sexo fora do matrimônio, a prostituição, a homossexualidade, sexo entre os jovens, sexo entre os idosos, entre enfermos, e entre pessoas com incapacidades.

Para consolidação dessas crenças, algumas instituições sociais serviram de base reguladora da sexualidade das pessoas, operando os discursos normativos e de controle dos chamados “impulsos sexuais”, dentre essas, a família, a Igreja e a escola.

Rubin (1993) assinala que, além do essencialismo sexual, existem outras escolas ideológicas cujo pensamento sobre o sexo é importante mencionar: a negatividade sexual; a falácia da escala extraviada; a valoração hierárquica; a teoria do domínio do perigo sexual e a ausência do conceito de variedade sexual benigna.

Para essa autora, a mais importante é a primeira, que compreende o sexo como: perigoso, destrutivo, negativo, malicioso e com força negativa. Outro destaque das idéias de Rubin é o de que os atos sexuais são avaliados como parte de uma hierarquia, em que situa as diversas identidades sexuais em torno de uma pirâmide que usa posições que limitam o acesso à vida pública, à participação política e o acesso aos direitos de determinados grupos, conforme representação da figura³ a seguir:

Respeitabilidade, saúde, legalidade, mobilidade.



Heterossexuais, reprodutores, casados.
Heterossexuais, monógamos não casados.
Demais heterossexuais
Sexo solitário.

Casais estáveis de lésbicas ou gays.

Lésbicas ou gays promíscuos.
Transsexuais, transvestis.
Trabalhadores do sexo, fetichistas, prostitutas.
Não denominados.

Enfermidade, pouca mobilidade, perda de apoio institucional e sanções.

Contra-pondo-se à visão essencialista, surge por meio dos estudos e teorias das ciências sociais novos paradigmas para explicar a sexualidade, os quais os autores denominam de “postura construcionista”. Esta nova visão foi impulsionada pelo desenvolvimento de estudos da Sociologia, História, Antropologia e Estudos de Gênero (VANCE, 1995) e, também, pela luta travada pelas minorias, em prol da liberdade sexual e de expressão dos grupos de feministas, gays, lésbicas e ativistas, pelos direitos reprodutivos e civis das minorias, além dos grupos de defesa de pessoas acometidas pelo HIV/AIDS.

Tal abordagem refere-se ao construtivismo social que busca contestar esse “instinto” como uma energia propulsora de condutas, bem como seu sentido universal. Dentro da visão

³ Figura elaborada por Alberto Teutle López a partir das idéias de Gayle Rubin, durante as práticas do “Curso de Investigación Cualitativa em Sexualidad” durante a IV IACCSC- Lima Peru, 2007.

construtivista, as experiências sexuais e os comportamentos sexuais, adquirem significados distintos em várias culturas, por isso não podem ser generalizados. A sexualidade é relacionada ao corpo de uma maneira secundária e as diferenças ditas “naturais”, na verdade, são diferenças construídas culturalmente. Os significados são influenciados ainda pelo gênero, pela geração, parentesco, classe social, raça/cor, e outras formas de estratificação social.

Segundo Weeks (2000, p.38), embora seja o corpo biológico a morada da sexualidade, estabelecendo limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade é mais do que simplesmente “corpo”, esta tem tanto a ver com nossas crenças, ideologias e imaginações quanto com nosso corpo físico. Esta afirmação nos faz refletir sobre o modo como homens e mulheres foram diferentemente influenciados a construir seus papéis sexuais na sociedade. Marcados por relações de gênero, homens e mulheres vivem as experiências do corpo e sexualidade, tendo como base essas construções histórico-culturais, cujas representações impõem um lugar de subordinação às mulheres e qualifica a sexualidade feminina sempre como secundária à masculina. Sendo construída para servi-la. Este autor argumenta, ainda, que é importante entender a sexualidade como fenômeno social e histórico, uma vez que os corpos não tem sentido isoladamente/intrinsecamente e que estes, se conformam dentro de uma interação social num processo histórico.

Louro (2000, p.11) assinala que a sexualidade “envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções [...] Processos profundamente culturais e plurais” e que a sexualidade ultrapassa a questão pessoal, representa uma questão social e política, e que não se nasce com sexualidade determinada, mas a sexualidade é aprendida, construída na trajetória de vida das pessoas e, desse modo, fabricada pela cultura, pela história, nas trocas, nas relações sociais, em contextos históricos e culturais diversos e por isso, esta é modificada na medida em que novos arranjos nas uniões afetivas e sexuais e transformações ocorrem nas formas de existir das pessoas.

Nesse sentido, “o sexual não se restringe à dimensão reprodutiva, tampouco à psíquica, estando impregnado de convenções culturais acerca do que consistem a excitação e a satisfação eróticas, construtos simbólicos que modelam as próprias sensações físicas (PARKER, 1994). A concepção construcionista repousa então na idéia de que as pessoas aprendem a praticar sexo da mesma maneira como aprendem a discriminar que tipo de ações serão investidas de significados sexuais e que tipo de resposta erótica tais ações produzirão (PLAZA, 2003).

Faria (1998) alerta que, para explicar a sexualidade, deve-se partir da premissa de que essa é uma construção histórica, sendo necessário analisá-la considerando a cultura de

cada povo, seus símbolos, a conexão entre o indivíduo e o coletivo, corpo e cultura, o momento histórico em que o fenômeno se dá, destacando que deve importar as relações individuais, pois dificulta fazer generalizações por haver um risco em se considerar que, por ser construída socialmente, a sexualidade possa ser desconstruída e reconstruída, o que seria um engano. Alerta, ainda, a autora que o desejo sexual passa por processos culturais e sociais complexos pouco explorados e conhecidos dos pesquisadores, sendo assim, de difícil de previsão e análise.

Assim, estudar fenômenos sobre sexualidade e adentrar em tal território não constitui uma tarefa fácil e simples, uma vez que se ingressa na subjetividade e em espaços em que se operam poderes e influências históricas de cada contexto, com mediações entre sujeitos políticos, corpos sexuados, corpos disciplinados e muitas vezes negados, por que

(...) o que significa ser macho ou fêmea, masculino ou feminino, em contextos sociais e culturais diferentes, pode variar enormemente, e a identidade de gênero não é claramente redutível a qualquer dicotomia biológica subjacente. Todos os machos e fêmeas biológicos devem ser submetidos a um processo de socialização sexual no qual noções culturalmente específicas de masculinidade e feminilidade são modeladas ao longo da vida. É através desse processo de socialização sexual que os indivíduos aprendem os desejos, sentimentos, papéis e práticas sexuais típicos de seus grupos de idade ou de status dentro da sociedade, bem como as alternativas sexuais que suas culturas lhes possibilitam. (PARKER, 1999, p.135).

Os conceitos de sexualidade e as práticas sexuais sofreram profundas mudanças históricas, e continuarão a modificar-se, dada a emergência de lutas de grupos em busca de seus direitos à liberdade de viver a sua sexualidade conforme os seus desejos e necessidades individuais e coletivas, que giram em torno de identidades diversas. Nesse sentido, observam-se as transformações dos padrões sexuais, a liberação das minorias sexuais, a emergência dos hormônios sobre a vida sexual, o sexo virtual pela internet, a inseminação artificial através dos bancos de sêmen, a mobilidade conjugal, o maior acesso aos métodos contraceptivos, permitindo uma maior liberdade sexual que aos poucos se separa da atividade reprodutiva e o acesso ao prazer sem fins reprodutivos e fora do casamento. Portanto, as mudanças nas representações sobre a sexualidade, o prazer e o corpo vem, ao longo da história alterando a trajetória das pessoas de maneira significativa.

Para Bozon (2004, p.59), as mudanças na concepção sobre a sexualidade que se assinalam, principalmente, a partir da década de 60 do século passado, não decorrem de alterações que estão relacionadas, diretamente, à sexualidade, mas de outros fenômenos sociais como a maior participação da mulher no mercado de trabalho, e a ampliação do acesso

à educação. Para este autor, as transformações sobre as relações sociais e sexuais, provocadas pela própria sexualidade, ainda não foram tão radicais como se tem discutido, e as mudanças interiores não conseguiram, ainda, promover o relaxamento dos controles sociais.

Nos dias atuais, a reprodução tornou-se independente do intercuro sexual. No entanto, é ainda mediante o acesso ao sexo, principalmente marital, que a sociedade se organiza para construir vínculos, através da parentalidade e da família, o que confirma que algumas tendências continuam inalteradas no que se refere ao exercício da sexualidade.

A sexualidade se encontra mediada pelo corpo. As experiências dos corpos dependem de como são representados. Por exemplo, o corpo feminino e o corpo masculino viverão histórias diferentes pautadas nas diferenças biológicas, mas também as diferenças historicamente determinadas. As experiências do corpo e da sexualidade serão influenciadas pelas representações que os sujeitos trazem sobre seu corpo e seu papel sexual no mundo, marcadas pelas construções históricas que se operam dentro da sociedade em que tais corpos estão inseridos.

Segundo Louro (2000, p.14), o corpo é a referência na qual se ancora a identidade, e embora esteja assinalado pelas marcas de gênero, raça e outras características biológicas estes são “significados pela cultura e são, continuamente, por ela alterados”. O corpo muda continuamente os seus desejos e necessidades também. O corpo muda à medida que o tempo passa, através das influências ambientais, as ocorrências de doenças, acidentes, adoção de hábitos alimentares ou de consumo de álcool e drogas, a prática de exercícios, com as intervenções médicas reparadoras e/ou estéticas, o modo de buscar prazeres, manejo de enfermidades, envelhecimento, alterações corporais e doenças psicoemocionais, entre outras.

Construímos e modelamos o corpo obedecendo às exigências culturais com intuito de adaptá-los, acomodá-los aos modelos estéticos, higiênicos e morais da sociedade a que pertencemos. Essas exigências relacionadas à saúde, vigor, vitalidade, juventude, beleza, força, são construídos com diferentes significados nas diversas culturas, e estas distinções também são atribuídas com significados diferentes para o corpo de mulheres e de homens (LOURO, 2000).

Assumir uma forma de viver o corpo significa assumir estilos corporais pré-estabelecidos na sociedade, o que, segundo Santiago (2004), se dá através do gênero. “O gênero um modo contemporâneo de organizar normas passadas e futuras, um estilo ativo de viver nosso corpo no mundo, um modo de nos situarmos através dessas normas”. Ou seja, é o gênero que conduz ao modo pelo qual a anatomia do corpo se apresenta e se comporta

socialmente, mediante a interpretação de normas de gênero adotadas, transmitidas, reproduzindo-as, reorganizando-as.

Se o gênero é a construção social do sexo e se não existe nenhum acesso ao sexo exceto por meio da sua construção, então parece não apenas que o sexo é absorvido pelo gênero, mas que o sexo torna-se algo como uma ficção, talvez uma fantasia, retroativamente instalado em um local pré-linguístico, sem o qual não existe nenhum acesso direto." (Butler, 1999, p. 158).

Considerando o sexo como algo que é construído, ele será tão culturalmente construído como gênero. Butler (1990) defende que o sexo, por definição, tem sido gênero o tempo todo, para essa autora não faz sentido definir gênero como uma interpretação cultural do sexo se o sexo em si é uma categoria gendrada. Assim, o gênero não deveria ser pensado como uma marca cultural de significado em um sexo pré-dado, mas significar o próprio aparato de produção dos próprios sexos, a partir do qual são estabelecidos.

Sardemberg (2002) alerta para a tendência que existe em se conceber o sexo e gênero como fenômenos distintos e passíveis de serem tratados separadamente, o primeiro relacionado à natureza, ao biológico enquanto o segundo associado ao cultural. Para esta autora é preciso

desconstruir a dicotomia sexo/gênero, vez que gênero se corporifica, isto é se materializa em sexo-no próprio reconhecimento de diferenças entre machos e fêmeas. Nesse sentido não temos sexo (entendido como corpo, o biológico) de um lado e, de outro gênero (o psicológico e o cultural). Temos ao invés corpo gendrados.(SARDEMBERG, 2002, p.56).

Complementa Sardemberg (2002), que o corpo não pode ser compreendido tomando como base apenas sua dimensão material e anatômica, objeto da biologia, mas deve-se levar em consideração que “o corpo” é, também, um produto de representações e como tal as identidades e subjetividades não podem ser desconectadas de seus corpos, já que as mesmas são subjetividades encarnadas, corporificadas.

Quando as pessoas nascem, ou mesmo antes de nascer, com o apoio da tecnologia, elas são divididas em dois sexos. Nesse momento ao demarcar o “sexo”, se constrói e se normalizam certas formas de diferenciação. Essa diferenciação marcará os sujeitos em todas as suas etapas de vida, colocando-os em posições assimétricas, em que mulheres e homens

assumem seus papéis sexuais dentro da sociedade, obedecendo a níveis de significação delimitados e contraditórios (BUTLER, 2003).

Durante a socialização das meninas, se dissemina imagens de um corpo frágil, passivo, desprovido de força, no qual a beleza física é fundamental. O oposto é construído para os meninos, cujas imagens são geradas em torno de um corpo forte, agressivo e viril. Como se pode perceber, as marcas da cultura vão formatando a maneira como mulheres e homens devem se comportar e apresentar seus corpos.

Tratando sobre as diferenças de gênero acerca das experiências sexuais de jovens brasileiros, Heilborn (1999) apreendeu que a experiência sexual dissociada da experiência afetiva é representada como um aprendizado técnico para os homens, enquanto que para as mulheres, experimentar sexo pela primeira vez tem uma perspectiva de estabelecimento de vínculo amoroso. Outra diferença destacada pela autora é a de que no exercício da sexualidade, a iniciativa é um papel dos homens, enquanto que para as mulheres esse requisito mostra-se ausente. Ou pelo menos é isso que se espera das mulheres, revelando uma assimetria de gênero, construindo trajetórias sexuais e afetivas bastante desiguais (HEILBORN, 1999).

Do mesmo modo como a sexualidade, o gênero, os papéis sociais são construídos na cultura, na troca, na relação entre as pessoas, as práticas de cuidar também o são. Penso que compreender a sexualidade e gênero possa auxiliar-nos a promover comportamentos de cuidado mais compreensivos e respeitosos para com as pessoas que vivem com enfermidades. Nesta direção, a sexualidade, neste estudo, é compreendida como um constructo histórico-social, que não se restringe à função reprodutiva, mas que envolve a busca de realização e prazer, a qual integra aspectos das diversas dimensões do humano mediadas pelo corpo, que se revela por meio de gestos, linguagem, símbolos, imagens e representações, influenciando no modo como as pessoas se relacionam consigo e com os outros.

2.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Partindo dos **pressupostos** de que a ferida crônica se constitui um comprometimento do corpo, que altera significativamente os relacionamentos sociais e a sexualidade das pessoas; que a forma como mulheres e homens representam seus corpos feridos, influencia o modo como estes se apresentam a si mesmos e aos outros, comportam-se social e sexualmente; e ainda que, mulheres e homens produzem diferentes estratégias para o enfrentamento das mudanças, impostas pelas feridas, e para o exercício de sua sexualidade, mediada pelas questões de gênero. Buscou-se o apoio da Teoria das Representações Sociais para dar visibilidade às imagens e significados atribuídos por mulheres e homens feridos à vivência da sexualidade.

A escolha da **Teoria das Representações Sociais** (TRS) deveu-se à possibilidade que a mesma tem de oferecer suporte para analisar as vivências das mulheres e homens feridas/os uma vez, que viver a sexualidade implica em práticas com o corpo que se encontram vinculadas aos significados atribuídos ao corpo. Considerando que, tais significados originam-se a partir das informações, crenças, opiniões e atitudes elaboradas socialmente, tanto nos espaços públicos como privados.

A TRS foi elaborada por Serge Moscovici através de investigações empíricas e elaborações teóricas sobre o conceito de representação. A teoria foi difundida e assimilada em vários campos da ciência e tem sido utilizada em estudos sobre a doença, a loucura, a AIDS, a homossexualidade, a feminilidade, o amor, o trabalho, a política, o dinheiro, o racismo, contribuindo para a compreensão de fenômenos complexos das ciências humanas.

Embora Moscovici, um psicólogo social, tenha recorrido inicialmente ao conceito de Representações coletivas de Durkheim para elaborar sua teoria, ele diverge em seus interesses para investigar e compreender fenômenos de representações. Durkheim rejeitava a idéia de que fenômenos e fatos sociais pudessem receber uma análise e explicação psicológica, e seu interesse era explicar as representações de sociedades primitivas que ultrapassavam gerações mediante um acúmulo de saberes, a exemplo do qual ele tentava dar conta de fenômenos sociais como a religião, os mitos, a ciência, as categorias temporo-espaciais, em termo de conhecimentos inerentes à sociedade. Para Durkheim, as representações coletivas “são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e saber.”

(DURKHEIM apud SÁ, 1993, p.21). As Representações coletivas seriam, assim, fenômenos estáveis não permitindo a flexibilidade e a mudança. Para este pensador, as representações são coletivas e *sui generis*, sendo assim, são objetivas por si mesmas, pois são conformadas historicamente, e exercem coerção sobre os indivíduos que, apesar de sofrerem suas ações, independem desses (MONTAGNER, 2006).

Moscovici diverge dos interesses de Durkheim, uma vez que se preocupa em explicar os fenômenos da sociedade contemporânea que se encontra em constante mutação, se preocupa com as representações que ainda não tiveram tempo de se sedimentar e de se tornar “tradições imutáveis”. Este defende, ainda, que a psicologia social, além de conhecer as representações deve explorar seu processo e sua estrutura interna, ou seja, o modo como são elaboradas e como estão constituídas.

A Representação Social refere-se a uma forma específica de conhecimento, o qual ressalta o construído no senso comum, a partir do vivido no cotidiano dos sujeitos, elaborado nas relações sociais, condicionando a forma de agir e pensar destes sobre a realidade percebida. É considerada como fator importante na elaboração de condutas, na conformação e justificção de comportamentos adotados, e se estabelece mediada pela linguagem (MOSCOVICI, 1978; ARRUDA, 1983; SPINK, 1993; PAIVA; AMÂNCIO, 2004; CRUZ, 2003; JODELET, 2005).

A TRS se ocupa de explorar e explicar o conhecimento elaborado socialmente, o conhecimento do senso comum. Tal conhecimento inclui conteúdos cognitivos, simbólicos e afetivos que tem o papel de orientar as condutas e comportamentos das pessoas no seu cotidiano. A partir do sistema cognitivo que compõe as RS é possível reconhecer os estereótipos, opiniões, crenças, valores e normas que costumam orientar positiva ou negativamente as atitudes.

As representações sociais são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente. Nesse sentido, elas são um espaço potencial de fabricação comum, onde cada sujeito vai além de sua própria individualidade para entrar em domínio diferente, ainda que fundamentalmente relacionado: o domínio da vida em comum, o espaço público.(JOVCHELOVITCH, 1995, p.81).

Neste sentido, as RS estão relacionadas à maneira pela qual as pessoas feridas pensam e interpretam seu corpo, sua relação com seus pares, seu cotidiano, construindo um arcabouço de imagens e significados que referencia, orienta e influencia essas pessoas a interpretar e dar

sentido à sua própria vida e, ao fazê-lo, compartilha com outros sua visão sobre o mundo, influenciando e sendo influenciado por seu contexto social e cultural.

As Representações sociais são mobilizadas nos diversos espaços da vida em que as pessoas se encontram. Em casa, no trabalho, nos serviços de saúde, na rua, na escola ou outros ambientes sociais. Nestas situações, elas dialogam, trocam informações, prestam orientações umas às outras, emitem opiniões sobre os fatos e temas discutidos, e elaboram seu conhecimento próprio acerca de seus corpos, sua imagem, sobre os acontecimentos de sua vida cotidiana e das relações que experienciam com outras pessoas, um conhecimento que passa a ser a marca daquele grupo, como o conhecimento do senso comum daquele grupo específico.

Esse conhecimento é elaborado individualmente, mas partilhado com o grupo. Deste, se extrai o que eles elaboram em comum, o que pensam semelhantemente, tornando esse modo de pensar uma espécie de guia para as práticas e comportamentos deste grupo. No entanto, as representações, por serem flexíveis e estarem em constante mudança, permitem a diferença, e a partir desta, a possibilidade de criar uma nova referência que venha a modificar a representação inicial.

As Representações sociais são elaboradas a partir de dois processos: a objetivação e a ancoragem

- a **objetivação** consiste em tornar o que é desconhecido em familiar, tornar concreto o abstrato, um conceito em uma imagem.

A objetivação une a idéia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece, então diante de nossos olhos, física e acessível.(MOSCOVICI, 2003, p.71).

Neste processo, o objeto é decomposto de forma a torná-lo menos complexo, e a seguir, seus fragmentos são aproximados, amalgamados, formando o núcleo figurativo da representação. Dessa maneira, o objeto que antes era misterioso, desconhecido, é recomposto e passa a ser considerado natural.

Segundo Moscovici (1984, apud SÁ, 2004, p.40) quando “pressupomos que as palavras não falam ‘nada’, somos compelidos a ligá-las a alguma coisa, a encontrar equivalentes não verbais”, desse modo, a objetivação significa transformar o que é abstrato

em algo quase físico, processo no qual se transformam idéias, noções, conceitos em coisas concretas, objetivas e materiais que constituem a realidade.

- a **ancoragem** caracteriza-se pela inclusão do objeto em um sistema de pensamentos já existentes, estabelecendo um vínculo em torno do próprio objeto, comparando o desconhecido ao que já havia sido anteriormente classificado para que possa aproximar o objeto de algo semelhante ao já categorizado, algo que já exista na bagagem de imagens, de conteúdos que possam ser aproximados e integrados ao novo. Segundo Moscovici, “ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa” (2003, p.61), e implica em atribuir-lhe sentido e ao mesmo tempo transformar o conhecimento anterior. Ainda para este autor , “Desde que possamos falar sobre alguma coisa, avaliá-la e assim comunicá-la - mesmo vagamente, como quando dizemos que ele é ‘inibido’- então podemos representar o não usual em nosso mundo usual, reproduzi-lo como réplica de um modelo familiar (...)” (MOSCOVICI, 1984 apud SÁ 2004, p.38)

Baseado em suas observações Moscovici (1984 apud SÁ 2004, p.34) afirma que

denominar uma pessoa ou coisa é precipitá-la (como uma solução química é precipitada) e as conseqüências disso são três : (a) uma vez denominada, a pessoa ou coisa pode ser descrita e adquire certas características, tendências etc.; (b) ela se torna distinta de outras pessoas ou coisas através dessas características e tendências; (c) ela se torna o objeto de uma convenção entre aqueles que adotam e partilham a convenção.(MOSCOVICI 1984 apud SÁ 2004, p.34)

De acordo com Jovchelovitch (1995, p.78) o sujeito cria um mundo novo de significados a partir de sua relação com os outros, na sua relação com o mundo. As representações têm origem nessa relação em que sujeito, ao mesmo tempo em que interage com o mundo, o decifra, o descobre e o constrói.

Ainda para essa estudiosa é impossível construir novos símbolos e significados sem um ponto inicial, sem que o sujeito possua algo capaz de servir de ponto de partida, ou seja, ao se deparar com algo novo, para representá-lo, o sujeito necessita aproximá-lo de outro objeto ou símbolo existente em sua memória. Por isso, uma representação está sempre se baseando em uma representação anterior sobre algo, alguma coisa, alguém. O que significa afirmar que “não há possibilidade para a construção simbólica sem uma rede de significados já constituídos. É sobre e dentro dessa rede que se dão os trabalhos do sujeito de re-criar o que já está lá.”(JOVCHELOVCHIT, 1995, p.78).

A Representação Social possibilita à pessoa ferida, ou grupo, dar sentido às suas vivências, práticas, condutas e comportamentos e lhe permite, também, compreender sua

realidade, o mundo que o cerca, por meio das referências que ela mesma tem criado, para situar-se e adaptar-se a esta realidade. Portanto, como aponta Abric (1998), a representação social é, ao mesmo tempo, produto e processo, elaborado pelo sujeito ou grupo para redefinir o objeto que a ele é apresentado e que por ele requer uma significação, uma aproximação e classificação em sua rede de significados.

Moscovici (2003) declara que as RS, por serem compartilhadas socialmente, compreendem fenômenos psicossociais e atendem às funções de elaborar condutas, o que permite compreender e explicar a realidade, transmitir e difundir o saber, e orientar as comunicações sociais, guiando os comportamentos e a prática. Além das funções identificadas por Moscovici, Abric (2000) aponta outras quatro funções importantes das RS na construção das relações e práticas sociais:

A função de **saber**, que conduz os sujeitos a adquirirem conhecimentos e agrega-os em um ambiente capaz de absorvê-los e compreendê-los, estando em harmonia com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais se somam, favorecendo, portanto, a compreensão e explicação da realidade, por constituir-se em um saber prático.

A função **identitária**, a qual define a identidade e protege a especificidade dos grupos, têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social, [permitindo] a elaboração de uma identidade social e pessoal compatível com sistemas de normas, e de valores social, historicamente determinados, desempenhando, assim, um papel importante no controle social exercido pela coletividade, sobre cada um de seus membros, em particular, nos processos de socialização.

A função de **orientação**, servindo de guia para os comportamentos e as práticas, produzindo um sistema de antecipações e de expectativas, selecionando e filtrando informações, interpretações, visando tornar a realidade conforme à representação (...) refletindo a natureza das regras e dos laços sociais, a representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é válido, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.

A função **justificadora**, o que permite justificar a posteriori as tomadas de posição e os comportamentos adotados, permitindo assim aos atores “explicar e justificar suas condutas em uma situação ou em relação aos seus participantes” (ABRIC, 2000, p.28-30).

Logo, as Representações Sociais acerca do corpo ferido e da sexualidade para mulheres e homens que vivem com feridas, influenciam o cotidiano destas pessoas na medida

em que servem de guias para seus comportamentos, com base em como eles representam socialmente a situação vivida e como significam individualmente esse viver.

Para Moscovici (2003), compreender o fenômeno das representações sociais é necessário para saber e entender os motivos pelos quais uma pessoa ou um grupo busca criar imagens, construir explicações que poderão revelar ou ocultar a sua ou as suas intenções; para o autor as ideologias, as concepções de mundo são meios para resolver tensões psíquicas e emocionais causada por um fracasso ou a uma falta de integração social e, portanto, devolver um grau de estabilidade interna. Nesse sentido, os grupos criam representações para selecionar a informação que advém do meio externo e, desse modo controlar os comportamentos individuais.

Assim, apreender tais RS possibilitou compreender os modos pelos quais as mulheres e homens feridas/os explicam seu viver, criam imagens sobre si e sobre os outros, interpretam sua realidade, modificam e justificam seus comportamentos, o que significou explorar um mundo subjetivo de intimidades, sentimentos, desejos, tabus, medos, dor e prazer.

2.5 AS CONTRIBUIÇÕES DA MICROSSOCIOLOGIA DE ERVING GOFFMAN PARA A COMPREENSÃO DAS INTERAÇÕES DE PESSOAS CRONICAMENTE FERIDAS

O problema da interação entre os atores sociais ganhou espaço na sociologia a partir das análises de Goffman, para esse autor canadense as pessoas quando em presença de outras buscam causar impressões que influenciarão no progresso das relações.

Goffman fazia parte de um grupo de sociólogos que contestava as explicações funcionalistas da sociologia parsoniana, para a qual a ação social não passava de um produto de pressões de fatores externos a exemplo de normas, valores e sistema cultural. Para a sociologia “interacionista” a ação social se constrói nas interações estabelecidas entre os atores sociais. Para esse autor, “quando um individuo se apresenta diante de outros, terá motivos para procurar controlar a impressão que estes recebem da situação” (GOFFMAN, 1988, p.23), nesse sentido a interação se define como “a influencia recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata” a qual pode ocorrer em

qualquer ocasião em que as pessoas se encontram face-a-face, em presença imediata de outros.

No processo de interação, de acordo ao pensamento Goffmaniano as pessoas atuam numa espécie de dramaturgia, representando papéis em busca de causar impressões naqueles que lhe observam, nesse sentido torna-se necessário que as pessoas ao interagirem se impressionem mutuamente, o que segundo Velho (2008) a interação requer um compartilhamento ou cumplicidade entre os atores. Este autor, destaca ainda que, existe na interação a possibilidade constante de conflito expressando-se cada vez que houver antagonismo de interesses dos atores sociais envolvidos, provocando desentendimentos, mal entendidos o que caracteriza um desencontro afetivo-cognitivo.

Um dos conceitos trabalhados por Goffman é o de “definição da situação”, conceito este utilizado pela maioria dos teóricos da escola sociológica de Chicago. Entende-se por “definição da situação” o “ processo a partir do qual se atribui um sentido ao contexto vivido, da resposta que cada pessoa dá à seguinte pergunta: o que está acontecendo aqui, agora?”(GASTALDO, 2008, p.150). Para Gastaldo (2008) essa definição é vital para se compreender como as pessoas organizam suas ações na vida cotidiana.

Outro aspecto a considerar nos processos de interação é a tendência dos atores sociais de oferecer aos seus observadores uma impressão idealizada, nesse sentido os indivíduos moldam e alteram suas práticas para se ajustar à compreensão e atender ao que a sociedade espera no contexto em que tais práticas são apresentadas. “Assim , quando um indivíduo se apresenta diante de outros, seu desempenho tenderá a incorporar e exemplificar valores oficialmente reconhecidos pela sociedade e até realmente mais do que o comportamento do indivíduo como todo.” O pensamento de Goffman se articula com o de Moscovici, quando se considera que as pessoas atuam a partir de guias de comportamento considerados ideais para cada contexto social, ou seja os atores se comportam guiados por representações sociais, crenças e imagens que dão sentido ao seu mundo objetivo a partir da premissa de que há um idealização previa sobre comportamento a ser adotado em cada situação. Na medida em que interagem face-a- face os atores sociais colocam suas crenças em prática.

Segundo Goffman as pessoas quando em presença de outras utilizam-se de seus corpos para emitir sinais que transmitam informações sobre si mesmas, e na maioria das vezes elas o fazem de modo inconsciente e em outras situações adotam certos comportamentos somente por que tem a consciência de que estão sendo observados, neste

sentido o corpo funciona como uma espécie de idioma e sua linguagem consiste num “discurso convencionalizado” e muitas vezes também normativo (GOFFMAN, 2010, p.45).

Em outras palavras, através do corpo a pessoa assumiria uma forma obrigatória em transmitir certas informações na presença de outros, omitir outras informações bem como, esperar que as demais pessoas também adotem certas formas de apresentar-se publicamente. E desse modo, se organizam e interagem criando expectativas de como comportar-se em determinados momentos e contextos sociais.

Outro aspecto importante ressaltado por Goffman é a idéia de que o individuo sempre informa algo sobre si, através do corpo, defende o autor que não é preciso falar para se comunicar, mesmo em silencio as pessoas sempre comunicam algo de si mediante a linguagem corporal.

Partindo dessa idéia de comunicação, os corpos das pessoas enfermas, ou com agravos de saúde com alterações corporais, comunicam mesmo sem dizer uma só palavra e uma vez que estes apresentem-se com sinais visíveis podem ser classificados e hierarquizados, podendo traduzir-se em experiências estigmatizantes ou de desvio, ao possuir um modo de expressão corporal dita “diferente” do da maioria. A pessoa que possui uma marca corporal pode representar uma ameaça à norma. A sociologia de Goffman mostra-se extremamente útil para a compreensão das relações que se estabelecem entre as pessoas cronicamente feridas, não somente por que suas proposições teóricas permitem a compreensão sobre as interações face-a-face na vida cotidiana, como mostra-se fundamental, também, para entender como tais interações ocorrem entre grupos sociais desvalorizados socialmente a partir de suas considerações acerca da experiência do estigma.

Ao se referir às pessoas estigmatizadas Goffman afirma que trata-se de estar diante de indivíduos que se encontram desabilitados de serem aceitos plenamente pela sociedade, e o estigma diz respeito a “ um atributo profundamente depreciativo” que pode ser uma sinal ou uma marca corporal. Segundo ao autor, o termo estigma é originado na Grécia antiga para referir-se a sinais corporais mediante os quais se buscava salientar aspectos extraordinários ou que servisse de desqualificação moral daqueles que os apresentava.

Posteriormente outros sentidos foram sendo agregados ao termo um de cunho religioso às marcas corporais e outro de cunho médico a essas mesmas marcas. Ou seja: para a religião os sinais corporais representavam “ uma graça divina” apresentadas em formas de erupções cutâneas (as lesões de pele) ; e para a medicina essas mesmas manifestações foram interpretadas como sinais de distúrbios físicos.

Para Goffman (1985) o termo estigma na atualidade relaciona-se muito mais às repercussões negativas sobre a vida das pessoas marcadas, o que ele denominou de “desgraça”, do que uma referência à marca corporal em si.

Buscando ampliar a compreensão sobre as idéias de Goffman sobre tal experiência Melo (2000, p.1) afirma que

A sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. Estabelece também as categorias a que as pessoas devem pertencer, bem como os seus atributos, o que significa que a sociedade determina um padrão externo ao indivíduo que permite prever a categoria e os atributos, a identidade social e as relações com o meio.

Ao serem catalogadas as pessoas adquirem rótulos e assim passam a serem representadas e, a elas a sociedade dirigirá um olhar diferente do que dirige aos seus demais membros, difundindo idéias em torno dessas pessoas, idéias essas que quando compartilhadas por grupos se configuram em Representações sociais negativas, que fundamentarão as práticas e os modos de interagir dessas, e para com essas pessoas.

Segundo Goffman (1988), quando o “estranho” se nos apresenta é interpretado como alguém que possui um atributo que o leva a ingressar numa categoria que o desconsidera como “sujeito normal”, deixando de considerá-lo como pessoa comum e total ela é reduzida à “pessoa estragada e diminuída”(GOFFMAN, 1988, p.12) e com isso “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”(GOFFMAN, 1988, p.14).

Vale destacar que, a percepção da diferença e as representações sociais negativas que a marca da diferença traz a uma pessoa, também, são assimiladas por ela própria. Isso ocorre quando o indivíduo estigmatizado assume que a sua característica depreciativa é conhecida ou prontamente identificável aos olhos dos outros.

As pessoas que ingressam em experiências estigmatizantes podem elaborar comportamentos comuns, tais como: buscar correção do seu “defeito ou marca”, essa busca incessante pode torná-lo susceptível à vitimização de grupos de charlatães que prometem a cura para o problema; eles também podem buscar tal correção se dedicando a prática de comportamentos que impliquem em demasiado esforço para a sua condição, tentando mostrar ao mundo dos “normais” o quanto são capazes apesar de suas limitações; poderão ainda, usar seu estigma para obter “ganhos secundários” ou representar que seu problema e as provações

que este produz são como “bênçãos”, pensamento este ancorado na crença de que o sofrimento é edificador e ensina muito sobre o viver humano (GOFFMAN, 1988).

Como no cotidiano existe a necessidade de interação constante entre pessoas “ditas normais” e estigmatizadas essas últimas elaboram diversas estratégias para o enfrentamento das situações em que necessitam interagir com as outras pessoas consideradas “normais” dentre elas o silenciamento, a elaboração de histórias para disfarçar problemas e o auto-isolamento.

Nas interações cotidianas podem ocorrer que indivíduos percam o controle das impressões que desejam causar ao grupo que constitui uma audiência, assim existe uma “relação entre ordem da interação e o sentimento de embaraço” (MARTINS, 2008, p. 137), já que no momento em que o domínio sobre as impressões que se pretende causar são perdidos a interação sofre um desequilíbrio e dela pode advir o sentimento de embaraço para os envolvidos.

Mesmo em ausência de outros os indivíduos podem manter determinados comportamentos mesmo na “ausência de uma situação real” buscando evitar situações de embaraço (GOFFMAN, 2010, p.51). Esse tipo de autocontrole da imagem e da ação pode estar influenciada por representações que os indivíduos crêem que os demais nutrem em sua direção, isso explica por que pessoas feridas podem tentar omitir seu ferimento mesmo estando em presença daqueles que já conhecem seu problema na unidades de saúde.

Em sua obra “Comportamento em lugares públicos” Goffman (2010) traz uma história bastante representativa do que se passa com as pessoas enfermas mediadas pelas representações que essas elaboram em torno de si julgando operar a partir das representações alheias. O autor descreve uma situação em que uma paciente “revela que é capaz de se concentrar em outros quando ela mesma não está envolvida e sente que não é observada no processo. Em situações em que isso ocorre e ela descobre que esta sendo observada, rapidamente volta sua atenção para dentro”. Nesta experiência é possível ressaltar que a pessoa enferma tende a desenvolver, ao longo do processo de enfermar-se, um modo retraimento o que lhe ocasionará menor disposição para a interação.

Nesse sentido a articulação entre as Representações sociais de Serge Moscovici e a microsociologia de Erving Goffman, neste estudo, torna possível a compreensão da vivência de mulheres e homens cronicamente feridos, uma vez que o modo como esses se representam tende a definir a ação social entre os mesmos, principalmente no que se refere ao manejo das informações sobre sua imagem.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Das inquietações nasceram um objeto e um problema de estudo, mas como chegar a conformar idéias tão abstratas em conhecimento objetivado? O processo longo, paulatino de descobertas ousou integrar o conhecimento científico, já exposto vastamente na literatura acadêmica e o conhecimento do senso comum, expresso nas produções discursivas e gráficas das/dos participantes deste estudo, buscando traduzir o conhecimento do senso comum de um grupo que vive e constrói seu mundo objetivo (o viver a sexualidade na presença de uma ferida crônica) a partir de seu mundo subjetivo (suas crenças/significados/concepções de vida).

Para conhecer o mundo simbólico construído por essas mulheres e esses homens dentro do mundo real, deve se levar em consideração que esses mundos são indissociáveis, não estão prontos mas em constante mudança, pois a cada aproximação, cada comunicação, cada troca favorece a mobilidade das imagens e a re-elaboração dos significados, na relação sujeito-contexto e sujeito/sujeito.

Essa escolha surgiu do interesse em apreender como o conhecimento, as crenças e os valores são representados por mulheres e homens com feridas crônicas ao vivenciar a sexualidade, por considerar que tais representações podem trazer à tona os aspectos que influenciam os relacionamentos afetivos e a qualidade de vida dessas pessoas. E também, por considerar que, para as pessoas com feridas crônicas, as RS exercem importante influência no modo como estas buscam o cuidado, vivem com seus pares, consigo mesmas e com o mundo.

A princípio, buscou-se, essencialmente desenvolver um estudo aplicando-se os pressupostos teóricos da Teoria das Representações Sociais de Moscovici, por privilegiar as experiências e o conhecimento do senso comum. No caminhar, no entanto descobriu-se que um fenômeno pouco explorado, e de tamanha complexidade, carecia de apoio de outros conhecimentos e, de uma variedade de técnicas, que possibilitasse apreender aspectos contidos na subjetividade das/dos participantes. Como se sabe a Teoria das Representações Sociais não possui técnicas próprias, mas permite o uso concomitante de diversos instrumentos das ciências sociais capazes de apreender elementos figurativos e discursivos

permitindo uma aproximação com fenômenos de natureza complexa e multifacetado como os relativos à experiência humana da sexualidade.

Um estudo de RS exige que os (as) participantes da pesquisa expressem informações advindas de sua experiência sobre o objeto estudado. O objeto aqui explorado é um objeto por si só difícil de expor, dado o seu status sócio histórico de “assunto íntimo e censurado”. Portanto, para cercar esse objeto, desenvolveu-se um estudo qualitativo e quantitativo exploratório, com abordagem teórica fundamentada na Teoria das Representações Sociais (RS) de Moscovici, além do suporte da Sociologia e dos Estudos de Gênero, considerando que estes seriam capazes de oferecer o suporte necessário à exploração de objetos de pesquisa que envolvem a subjetividade de mulheres e homens, principalmente, para explicar a influência das crenças nas atitudes, e nas relações do cotidiano de práticas compartilhadas por grupos.

Para tanto, utilizou-se uma abordagem multimétodos. Esta tem sido sugerida para estudos de RS por possibilitar a apreensão das RS de diferentes formas, acessando elementos mais conscientes por meio das falas dos sujeitos investigados e, elementos mais inconscientes, tais como as atitudes, valores e opiniões, através das técnicas projetivas (COUTINHO, 2001). Esse tipo de abordagem também é indicado para explorar objetos de estudo que induzem ou provocam dificuldades de expressão por parte das/dos participantes.

Entende-se como dificuldade de expressão versar sobre temas que possam de algum modo provocar desconforto durante a interação do processo de investigação, já que o investigador/a é sempre alguém que invade ou tenta invadir as histórias das pessoas em um determinado contexto.

Em estudos de RS, a abordagem multimétodos com uso de técnicas projetivas busca preencher lacunas na expressão de crenças e valores que possam ser filtradas pela censura dos depoentes durante os discursos, mas oportuniza, também, dirimir parte da “violência simbólica” em termos bourdiesianos, que representa abordar temas tão íntimos das pessoas como o corpo enfermo e a sexualidade.

Segundo Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), nas situações em que os depoentes apresentam dificuldade de expressão durante a conversa formal, estes tendem a verbalizar somente aquilo que é aceito no discurso normativo da sociedade, o que, segundo as autoras, são aspectos mais periféricos das RS e que estão contaminadas pelo discurso ideológico dominante, desse modo, o investigador, ao fazer uso exclusivo de

narrativas/depoimentos/relatos deixa de apreender aspectos que se encontram na esfera mais inconsciente dos pesquisados, recomendando estes autores o uso de técnicas projetivas para a apreensão das RS.

3.2 A ESCOLHA DO CENÁRIO

Após definir o objeto de estudo, o problema, e seus objetivos era imprescindível definir que campo seria mais adequado para a investigação. Pensou-se primeiro em recolher dados em duas cidades Feira de Santana e Salvador. Isso implicaria em colher dados em campos de estudos diferentes, além de observar se os/as participantes apresentavam-se vinculados ao mesmo grupo de pertença, e também se as unidades de saúde pensadas ofereciam condições para a coleta de dados em ambiente privativo.

O fato de residir e haver trabalhado em unidades ambulatoriais de cuidado às pessoas com feridas, em Feira de Santana, a priori provocou a sua eleição como sede para o estudo, mas foi necessário, observar, alguns pontos que julgamos importantes e que devem ser tomados em consideração na hora de eleger um campo de estudo no qual se está implicado com a prestação de cuidados. Primeiro, o fato de que todo o corpo funcional o conheça no campo de estudo facilita a entrada neste, mas promove uma sobrecarga de demandas que, como investigadora, torna-se prudente evitar, uma vez que trabalhar e investigar no mesmo espaço pode estar bem concebido para o investigador, mas não é facilmente compreendido por parte das outras pessoas que circulam naquele espaço, agora definido como um espaço de pesquisa. Para os colegas e os usuários da unidade que conhecem a investigadora, estar ali implica em estar disponível para o trabalho de assistência, no seu papel de enfermeira.

Em segundo, o vínculo estabelecido entre clientela e investigadora, anterior à pesquisa, é um vínculo de cuidado, espaço intersubjetivo no qual acordos são feitos durante a relação e a indisponibilidade para atender às demandas dos usuários pode resultar em quebra de confiança, e em conflitos que merecem ser evitados.

Em terceiro, a investigadora desenvolvia cotidianamente um trabalho de avaliação especialista, atendendo referência e contra-referência para diversas unidades, interromper este trabalho em função da pesquisa implicaria em deixar de corresponder às expectativas das

diversas unidades que encaminham usuários ao serviço durante os meses de coleta de dados, podendo ser interpretado negativamente como recusa ao atendimento por parte da investigadora/enfermeira.

Após considerar todos estes aspectos, elegeu-se a unidade de atenção especializada do ambulatório do Hospital Roberto Santos, situada em Salvador. A seguir serão apresentadas suas características.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO: O HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

O Hospital Roberto Santos, unidade vinculada à Secretaria da Saúde do Estado (Sesab), presta atendimento à população em mais de 28 especialidades médicas, incluindo genética e atendimento de crianças com necessidades especiais. Certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, desde novembro de 2006, como Hospital de Ensino, é considerado o maior complexo hospitalar do Estado da Bahia. Composto por sete andares distribuídos numa área aproximada de 32.080.94 m², com 107.327.75 m² de área construída, situa-se na Estrada Velha do Saboeiro no bairro do Cabula em Salvador, Bahia. Externamente, encontram-se distribuídas várias árvores, sob as quais muitos familiares e pacientes aguardam o momento de entrarem no hospital. Observa-se, ainda, a disposição de barracas nas quais as pessoas se alimentam enquanto aguardam a chegada dos ônibus.

Desde a entrada principal à recepção, percorre-se uma distância de cerca de 200 metros. Para ingressar no interior do hospital, as pessoas são organizadas em filas, através das quais se obtém informações e autorização para a visitação dos pacientes internados, mediante o recebimento de um adesivo no qual se encontra escrito “visitante”. A visita ocorre nos turnos vespertinos para as unidades de internação, e em dois turnos para as unidades de terapia intensiva.

Construído em 1976 e inaugurado em 1979 pelo Governo do Estado da Bahia, desde então o hospital tem passado por sucessivas reformas de ampliação. Atualmente, conta com 640 leitos e realiza uma média de 120 mil procedimentos ambulatoriais/mês e 1.310 internamentos/mês, sendo todos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dados disponíveis do

hospital demonstram que, em 2006, foram registradas 15.149 internações hospitalares nas diversas especialidades.

No organograma da instituição, o Diretor geral se configura como o gestor máximo que, frequentemente, é indicado pelo Secretário Estadual de Saúde do Estado. Abaixo dele situa-se a Secretaria geral e, paralelamente, estão o Conselho de Residência Médica-COREME, o Núcleo científico e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH. Numa linha abaixo, se encontram a Coordenação de Serviços Administrativos; a Coordenação de Atendimento de Enfermagem; a Coordenação do Atendimento de Urgência e Emergência; a Coordenação de Atendimento Médico odontológico e de Ensino; a Coordenação de Apoio Terapêutico e a Coordenação de Serviços Complementares e Diagnósticos de Tratamento.

Dentro da Coordenação de Serviços Administrativos encontram-se a coordenação de pessoal, coordenação de manutenção e transporte, a coordenação de material e o almoxarifado, a coordenação de execuções orçamentárias e financeiras, e a coordenação de informática e informações em saúde; na Coordenação de Atendimento de Enfermagem encontram-se subordinados as coordenações de higienização, supervisão, clínica cirúrgica e clínica médica; na Coordenação de Atendimento Médico odontológico e de Ensino estão vinculados as coordenações de clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica, anestesia e ensino; a Coordenação de Apoio Terapêutico é responsável pelas coordenações de farmácia, nutrição, reabilitação e fisioterapia e, serviço social; e à Coordenação de Serviços Complementares e Diagnósticos de Tratamento vinculam-se as coordenações de imagem e métodos gráficos, a coordenação de hemoterapia e a de patologia clínica. Destaca-se que, dentro deste organograma, o ambulatório, *locus* deste estudo, não se encontra vinculado diretamente a nenhuma coordenação.

O Hospital está dividido em quatro áreas estratégicas de atendimento: **O serviço de urgência e emergência**, implantado em 1982, composto por: pronto socorro adulto, pronto socorro infantil, centro obstétrico e centro cirúrgico; **Unidades de internação**: médica, cirúrgica, maternidade e pediatria; as **UTI** adulto, pediátrica e neonatal; e, **Unidade ambulatorial** com atendimento de várias especialidades, na qual se localiza o serviço de atenção aos portadores de HIV, núcleo de infectologia, serviços de cardiologia, ortopedia, urologia, neurologia, além do Centro de Tratamento de Feridas.

O complexo de terapia intensiva conta com 78 leitos. Em 2006, a unidade de urgência e emergência, com ampliação, ficou com **72 leitos**, disponibilizando os serviços de neurocirurgia, nefrologia, traumato-ortopedia, assistência oftalmológica e Banco de Olhos. Anexo a essa unidade encontra-se instalado o Centro Anti-Veneno, CIAVE, responsável pelo atendimento dos casos de envenenamento, servindo de unidade de treinamento de profissionais e de apoio para a orientar condutas aos profissionais locados nas unidades de emergência de todo o estado.

Esta unidade hospitalar oferece também a Terapia Renal Substitutiva em regime ambulatorial e de internação, e desde 2004 integra o Projeto Nefro-Bahia que visa organizar o atendimento para diagnóstico e terapia renal no Estado da Bahia.

Conta ainda com uma unidade exclusiva para o internamento de pessoas portadoras de HIV, inaugurada em 1988 durante a explosão da epidemia de AIDS no Brasil; e outra exclusiva para as pessoas portadoras de patologias nos pés (isquemias, infecções e gangrenas). Esta última, adentra a unidade para o tratamento cirúrgico, ou seja, amputações, desbridamentos e re-vascularizações, sendo a amputação o procedimento mais comum. Considerado também referência estadual no atendimento de patologias do pé-diabético.

Embora a área seja relativamente ampla, não existem salas ou auditórios dentro do ambulatório, desse modo, algumas orientações ao serem passados para o grupo em geral acontecem no próprio corredor.

O centro de Feridas localiza-se na área ambulatorial, próximo ao Pronto Socorro Infantil. No ano de 2004, enquanto ainda não funcionava plenamente, já se registrava uma média de mil curativos por mês, de pessoas com gangrena e feridas em membros inferiores. Atualmente, a media de atendimentos ultrapassa o número de 800 atendimentos /mês, e está sob a coordenação de uma enfermeira.

Esse centro compõe -se de salas de curativos, sala de dispensa de materiais, gerencia de enfermagem, expurgo e sanitários de uso dos profissionais. Na sala de espera encontra-se à disposição dos usuários vários assentos para a espera do atendimento. As paredes são laváveis, pintadas de cor bege claro, os consultórios identificados por números afixados nas portas todas pintadas nas cores bege em tons mais acentuados. Situado no corredor encontram-se dois telefones públicos e um sanitário de uso coletivo. A iluminação local é

artificial e bem distribuída, já a aeração se dá apenas pelas duas entradas dos corredores e não existe sistema de ar condicionado, o que provoca intenso calor no verão. A unidade conta com um serviço de som que é utilizado para a chamada de profissionais, alertas e emissão de avisos.

A primeira sala de curativo (sala 1) está situada logo na entrada do setor. Por esta passam todos os pacientes com atendimentos para aquele período. Neste espaço, um técnico de Enfermagem, totalmente paramentado com equipamentos de proteção individual, assiste ao paciente que é posicionado em uma maca e em seguida procede à limpeza da lesão através de procedimentos de irrigação e esfregaço local, e em seguida a pessoa é encaminhada com seu ferimento coberto por uma fina camada de gaze, cujo objetivo é evitar que a lesão fique exposta enquanto espera pelo segundo procedimento. Neste momento, aguarda sentado em cadeiras dispostas no corredor interno que situa-se entre as várias salas da unidade.

Ao adentrar na sala 2, observa-se a disposição de três macas: uma em posição lateral esquerda, outra posicionada frontalmente à porta de acesso e a última em posição lateral direita. Esta sala possui sistema de ar condicionado e os técnicos de Enfermagem apresentam-se paramentados com equipamentos de proteção individual (capa, gorro, máscara e luvas). Neste espaço, os pacientes são simultaneamente atendidos, uma vez que o espaço físico ainda não possui o número de salas adequado para atender à demanda que está matriculada no serviço. Uma vez estando na sala 2, a pessoa é submetida à aplicação da terapêutica recomendada pelos profissionais médicos e/ou enfermeiras. Após o atendimento, estes recebem seu cartão de aprazamento com a próxima data de curativo agendada.

A sala de Enfermagem mantém um armário arquivo onde são guardados os prontuários dos usuários matriculados. Nestes prontuários constam registro em fotos da lesão no momento da admissão, impressos de avaliação da Enfermagem, no qual consta um guia de avaliação da evolução do tratamento da ferida, além de impressos para o registro de consultas e prescrições médicas. Os/as usuários/as, após serem matriculados no serviço, adquirem um cartão para o controle, no qual são agendadas as datas de visitas, curativos, exames e consultas.

Os usuários são oriundos de diversos bairros de Salvador e municípios vizinhos. Alguns chegam por demanda espontânea, por obter informações da existência do centro especializado em cuidar de pessoas com feridas crônicas. Outros chegam recomendados por

algum serviço de saúde das diversas cidades na região metropolitana ou outras. O atendimento acontece de segunda a sexta, e a periodicidade de retorno da pessoa ao ambulatório encontra-se condicionada ao tipo de terapêutica utilizada, sendo mais comum o retorno duas vezes por semana, para quem utiliza curativos absorventes ou desbridantes e, uma vez por semana para os usuários da terapia compressiva “Bota de Unna”. Já os pacientes que fazem uso de pomadas como a Colagenase ou Sulfadiazina tem agendado retornos diários ou em dias alternados.

A assistência neste serviço é prestada por uma equipe composta por dois angiologistas, duas enfermeiras que além de responderem pelo serviço de atenção às pessoas com feridas gerenciam os demais atendimentos ambulatoriais que compõem o setor, e um corpo de oito técnicos de enfermagem, em sua maioria contratados temporários. Existe ainda um grupo de psicólogos que atende também à demanda de pessoas com HIV /AIDS, porém até o momento de início da coleta de dados, os usuários portadores de feridas não tinham acesso a esse atendimento.

A unidade preserva registros quanto ao número de pacientes atendidos em cada período. Neste registro, consta nome completo do paciente, identidade, data de nascimento, terapia tópica utilizada, localização das lesões em tratamento, e data de regresso do usuário para novo curativo. Segundo o censo diário, o maior atendimento acontece às segundas e quintas-feiras no turno matutino.

3.4 A ELEIÇÃO DAS/DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As/os participantes deste estudo foram mulheres e homens adultos/os na faixa etária de 18-59 anos que apresentavam ferida crônica em membros inferiores (úlceras de perna de origem venosa, arterial, mista, traumática ou de origem desconhecida¹) por um período superior a 30 dias (1 mês) , pertencentes às camadas populares, usuárias (os) do Sistema Único de Saúde (SUS) que não possuíssem outro tipo de convênio de saúde e que frequentavam a unidade ambulatorial do Hospital Roberto Santos no período compreendido de 1 ano, de outubro de 2008 a outubro de 2009.

A escolha por esse grupo deveu-se a dois motivos, primeiro, por serem os usuários do SUS com os quais me ocupo na prática de cuidar nas unidades públicas onde atuo, além de serem estes usuário pouco ouvidos dentro do sistema de saúde. Segundo por considerar a fase adulta uma fase intensa nos relacionamentos sociais afetivos e familiares que marcam a trajetória dessas pessoas.

3.5 PRIMEIRO MOMENTO: APROXIMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA AO CAMPO

Os primeiros contatos com a unidade ocorreram no mês de julho de 2008, quando estive no setor de Recursos Humanos e Educação Permanente para apresentar-me e apresentar o projeto, solicitando autorização para ingressar na unidade como pesquisadora. Fui recebida por funcionários do setor que agendaram uma entrevista com a coordenadora. De antemão, deixei uma cópia do projeto, juntamente com um ofício e folhas de rosto para apreciação e assinatura.

Em setembro, regressei à unidade e desde então, fiz os primeiros contatos com as enfermeiras do ambulatório e centro de feridas. Nestes momentos apresentei-me e expus os objetivos do projeto, contei um pouco de minha trajetória no cuidado às pessoas com feridas e os motivos que me levaram a eleger aquela unidade como locus do estudo.

¹ Uma apresentação detalhada sobre os tipos de úlceras de membro inferiores, bem como os critérios diagnósticos e terapias recomendadas encontram-se descritas no anexo E.

Desde os primeiros contatos, percebi que as enfermeiras do Centro de feridas se mostraram interessadas em contribuir, o que me deixou imensamente confortável e otimista, uma vez que a temática já implicaria em certo grau de dificuldade minha e das/dos participantes ao tratar do tema sexualidade e, também, por exigir um local reservado, silencioso e privativo para explorá-lo. Também me apresentei aos técnicos e auxiliares de Enfermagem informando-lhes dos motivos de minha presença naquele local. Todos se mostraram bastante receptivos e colaboradores.

3.6 SEGUNDO MOMENTO: APROXIMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA AOS PARTICIPANTES

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, de posse do protocolo CEPEE.UFBA Nº 45/2008 regressei ao Hospital para iniciar a coleta de dados. A equipe de Enfermagem local designou um dos consultórios para que fossem realizados os encontros com as/os usuários do serviço para fins da pesquisa cuja coleta foi iniciada em novembro de 2008.

No primeiro contato com os usuários, ao apresentar-me e falar sobre os objetivos do trabalho, e expor que um destes objetivos referia-se a uma preocupação com a sexualidade de pessoas que vivem com feridas, uma mulher prontamente desabafou em meio aos outros participantes, “depois da ferida minha vida sexual acabou”. Ao perceber seu interesse em falar sobre sua experiência, prometi à mesma que, posteriormente, poderíamos conversar sobre o tema, uma vez que naquele momento como estávamos em espaço coletivo, o lugar seria pouco confortável.

No início, diariamente, ao chegar, cumprimentava o grupo e falava ali mesmo no corredor um pouco sobre os objetivos do trabalho, mas, em seguida, senti que eles não prestavam muito atenção. Outros estavam em conversas com os demais, além de grande número de transeuntes que prejudicava a escuta do que era dito naquele espaço.

Então, percebendo tais dificuldades, passei a apresentar-me individualmente a cada um dos/as usuários/as e fazer-lhes o convite para conversarmos um pouco sobre o trabalho no consultório. Estando lá, apresentava a proposta de trabalho, ressaltava os pontos positivos e

negativos e versava sobre o termo de consentimento e os direitos das/dos participantes. Este primeiro momento demandava cerca de 20 a 30 minutos e muitos usuários/as se mostravam preocupados/as com a possibilidade de serem chamados para o curativo. Para diminuir essa preocupação, a partir desta percepção, passei então a olhar previamente qual a ordem de chamada das pessoas, que entravam no consultório, para conversar e avisava ao auxiliar de Enfermagem que aquela pessoa se encontrava no trabalho comigo, para que, ao chamá-la, soubessem onde estava, caso não respondesse e, também, comunicava ao participante para tranquilizá-lo de que seu atendimento seria garantido.

Algumas situações foram percebidas como delicadas ao coletar dados no ambulatório. Ao fazer a coleta antes do curativo, percebia que os/as usuários/as ficavam preocupados/as em perder a sua vez na ordem do atendimento, principalmente por que muitos deles/as chegavam muito cedo para logo serem atendidos/as. Se realizasse a coleta de dados após o curativo, na maioria das vezes as pessoas se comprometiam a participar, mas, ao concluir o curativo, sempre tinham pressa em regressar para casa ou outros compromissos. As pessoas que eram de outras cidades, do interior, tinham o compromisso de regressar no momento em que os motoristas de ambulância viessem buscá-las. Esses fatos exigiram que houvesse uma negociação prévia entre a pesquisadora e a pessoa participante para que a coleta de dados ocorresse de modo a não provocar desorganização da rotina dos/as usuários/as e deixá-los/as tranquilos/as para participar espontaneamente.

Durante a observação, percebeu-se, também, neste contexto, que o cuidado embora denominado como especializado, está centrado na oferta de tratamento tópico, e enquanto aguardam para serem atendidas, nos corredores, as pessoas conversam, constroem vínculos, trocam informações, conselhos, escutam os problemas e relatos umas das outras.

3.7 TERCEIRO MOMENTO: OS INSTRUMENTOS E SUA APLICAÇÃO DURANTE A COLETA DE DADOS

Adotou-se uma abordagem multimetodológica para apreensão do conteúdo das Representações Sociais, com vistas a enriquecer a compreensão do fenômeno e fortalecer a confiança nas interpretações (CRUZ, 2003). Baseada nessas recomendações para a coleta de dados, optei por duas técnicas projetivas: a técnica de Evocação Livre de Palavras e o

Procedimento de Desenhos-Estórias² com Tema; para acessar as narrativas empregou-se o método de História de vida tópica (HV) mediante o uso da Entrevista em profundidade.

A coleta se deu em duas fases, ocorrendo cada uma delas de acordo com a disponibilidade das/dos participantes sendo cada encontro agendado previamente. Na primeira fase, os dados foram colhidos através da aplicação das técnicas projetivas (TALP e Desenho-Estória com Tema) e na segunda etapa, foram coletadas as narrativas mediante as entrevistas em profundidade.

3.8 A PRIMEIRA FASE DA COLETA: APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES ATRAVÉS DAS TÉCNICAS PROJETIVAS

Segundo Abric (1994), embora baseado em produção verbal, a evocação livre de palavras permite reduzir as dificuldades e limites das expressões discursivas comumente utilizadas nos estudos de RS, e acessar mais rápido o conteúdo das representações, o que não é possibilitado por meio dos métodos clássicos de entrevista ou questionário.

A evocação livre é também denominada associação livre ou teste por associação de palavras (OLIVEIRA *et al.* 2005). De acordo com a autora, a Técnica de Associação Livre foi idealizada por Freud como primeira técnica utilizada no atendimento aos clientes, (1885-1900) substituindo a técnica da hipnose e da sugestão, nos estudos sobre a histeria, por uma abordagem que permitisse ao paciente liberdade para expressar seus sentimentos através da fala e assim, extrair conteúdos dos relatos desses sujeitos. Através dessa técnica, Freud descobriu elos associativos que permitiam explorar o conteúdo dos sonhos, utilizando elementos relatados pelos pacientes durante a análise para estimular essa associação.

Durante as sessões de psicanálise “[...] Freud propunha a seus pacientes que associassem livremente, que falassem tudo o que lhes viesse à mente sem censurar nenhum conteúdo, invariavelmente eles lhe contavam sonhos”. (FROEMMING, 1995, p.38). Mediante o uso desta técnica, os pacientes eram estimulados a evocar recordações traumáticas reprimidas no inconsciente, causadoras de transtornos psíquicos como a histeria e a neurose.

² Embora nos anos 60 do século passado, os termos estória e história fossem utilizados para designar distintamente “estória” como folclore, contos, literatura, e “história” como ciência que estuda o homem e sua ação no tempo e no espaço, concomitante à análise de processos e eventos ocorridos no passado, no dicionário da língua portuguesa o termo “estória” foi abolida, neste estudo porém, o termo foi mantido para respeitar as fontes que referem a técnica do desenho-estória tema em sua forma original.

Freud chegou a utilizar a Associação Livre para analisar os próprios sonhos. Entretanto, segundo Froemming (1995), a idealização do uso da associação antecede às iniciativas de Freud de substituir a hipnose como método analítico, citando Roudinesco (1998) afirma:

[...] foi Aristóteles (384 a.C. . 332 a.C.) quem primeiro enunciou o conceito de **associação de idéias (grifo nosso)**. As leis que regem a associação obedecem à lógica da contigüidade, da semelhança e do contraste. Já encontramos na pré-história da psicanálise, num artigo originalmente escrito em francês, encomendado a Freud por Charcot, referência ao tema da associação [...] (p.44)

[...] um artigo de Havelock Ellis, escrito em 1919, endereçando-lhe críticas, leva-o a falar sobre a pré-história da técnica analítica. Ellis refere o trabalho do médico e poeta J.J. Garth Wilkinson, datado de 1857, que teria sido o criador de um método chamado de impressão que consistia em dar livre curso às idéias que surgissem a partir da escolha de um tema. Razão e vontade eram deixadas de lado, e o método era deixar fluir, por mais estranhas e exóticas que parecessem, frases ou palavras que viessem à mente, as quais, infalivelmente terminavam por se referir ao tema. (p.45)

Embora tenha sido atribuída a Freud por sua aplicação em estudos sobre os sonhos, foi Jung, psiquiatra suíço, dissidente da escola Freudiana, que aprofundou os estudos sobre a utilização desta técnica e, em 1903, desenvolveu o “teste de associação livre de palavras”, utilizado ainda hoje pela psicologia clínica para avaliar a personalidade através da leitura de uma lista-padrão cujas palavras são lidas e o sujeito é solicitado a responder prontamente com a primeira palavra que lhe vier à lembrança (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Os estudiosos em RS utilizam-se desta técnica para identificar as dimensões latentes das RS “através das configurações dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor”. (NÓBREGA; COUTINHO, 2003, p.68).

Para Abric (1994 apud SÁ, 1996, p.115-116) a evocação livre refere-se a uma técnica importante na identificação dos conteúdos de uma representação e, por seu caráter espontâneo apresenta vantagens sobre outras técnicas, como a entrevista, ao permitir um acesso mais rápido e fácil dos conteúdos. Segundo este pesquisador, a evocação livre propicia “ a atualização de elementos implícitos ou latentes, que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas”.

Para De Rosa (apud OLIVEIRA *et al*, 2005), a livre associação como técnica revela:

as dimensões latentes que estruturam o universo semântico, específico das representações estudadas (...) as associações livres permitem o acesso aos núcleos figurativos da representação (...) Elas são capazes de sondar os núcleos estruturais latentes das representações, enquanto as técnicas mais estruturadas, como o

questionário, permitiriam captar as dimensões mais periféricas das representações sociais (p.575)

Esta técnica estimula os sujeitos a evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos que permite, ainda, proceder a análise qualitativa de dados que foram processados quantitativamente, a partir de softwares que façam a análise fatorial de correspondência (PAIVA, 2003).

Essa técnica de Associação livre de palavras pode ser aplicável a indivíduos ou grupos, de várias faixas etárias e diversos graus de instrução, o que a torna amplamente utilizada na apreensão de conteúdos da cultura de variados grupos sociais, tornando esta uma de suas maiores vantagens na pesquisa social.

Por sua natureza projetiva, ao acessar lembranças, permite apreender conteúdos que conscientemente seriam eliminados pelo filtro da censura dos sujeitos investigados. Assim, tem sido privilegiada por facilitar “a análise multivariável” recomendada para estudos de Representações sociais.

O uso da associação livre de palavras nas RS aproxima os métodos quantitativos e qualitativos uma vez que, aos participantes, confere-se liberdade de expressão para produzir conteúdos a respeito do objeto investigado, compatível com abordagens qualitativas, ao tempo em que possibilita um processamento estatístico típico das abordagens quantitativas.

A lista de palavras evocadas representam um sistema categorial duma representação. O trabalho da análise tem como objectivo a compreensão da natureza e da estrutura das associações através dum número de abordagens: semântica (a síntese dos significados transmitidos a partir dos termos induzidos, codificação de sinónimos, metáforas, conotações), temática (criação dum grupo de categorias que permite a classificação de termos induzidos por tema e sub-tema, calculando as frequências, co-ocorrências, dispersão, e relação de concordância e contradição), e lexical (o rácio dos verbos/adjectivos, os termos mais citados, fluidez verbal, proporção do número de termos diferentes comparado com o número total de termos induzidos). (SECA 2001, apud DE ROSA, 2005, p.71).

Madeira (2006) defende a necessidade de combinar estratégias que se complementam e enriqueçam, o aprofundamento das relações, em contextos complexos da produção das RS, opondo-se ao uso de técnicas isoladas que, segundo a estudiosa tendem a tornarem-se “apenas um veículo para elementos discretos e desarticulados”. (MADEIRA, 2006, p.462).

Para a coleta das associações, utilizou-se um instrumento no qual foram registradas as 5 (cinco) palavras evocadas pelos participantes do estudo; para evitar perda das palavras evocadas, as palavras foram registradas no instrumento de coleta, pela pesquisadora e pelo

próprio entrevistado (de acordo com a capacidade de cada participante, baseado na capacidade de ler e escrever), obedecendo a ordem de aparição das mesmas. Os casos em que os sujeitos não podiam escrevê-las, o registro foi imediatamente feito pela investigadora. Independente de quem procedeu o registro, as palavras evocadas foram registradas, obedecendo a ordem de aparição das mesmas.

Quadro 1 CLASSIFICAÇÃO ORDINARIA DOS ESTIMULOS INDUTORES

ESTIMULO INDUTOR	NÚMERO DO ESTÍMULO
Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: “corpo ferido”	01
Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: “namoro”	02
Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: “namorar tendo ferida”	03
Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: “sexo”	04
Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: “sexo tendo ferida”	05

Antes de preencher o instrumento, os/as participantes foram orientados/as sobre a aplicação da técnica. Para tanto, foi apresentado um estímulo distinto do tema em estudo, este podia ser uma palavra, frase, tema ou objeto de modo a exemplificar e treinar o funcionamento da técnica. Recomenda-se o uso de termos simples e de fácil evocação na memória dos pesquisados, mas que nenhum deles tenha relação com o objeto de estudo, para evitar influências ou indução por parte do pesquisador. Desse modo, aplicou-se o estímulo “Estádio da Fonte Nova”. A escolha dessa expressão deveu-se ao fato de recentemente haver ocorrido um acidente de grande repercussão nos meios de comunicação local, regional e nacional, portanto, sendo de conhecimento de todos os participantes. Quando alguns dos/das

participantes ao escutar tal estímulo alegava não recordar de nada por que não se identificavam com o futebol, usamos o estímulo “Trio elétrico”. O trio elétrico consiste numa alegoria de Carnaval originada em Salvador comum nos carnavais de rua e que se estendeu a festas populares de todo o estado e outras regiões do Brasil, tornando-se uma imagem muito popular das festas carnavalescas.

Ao assegurar que os/as participantes haviam compreendido a aplicação da técnica, iniciou-se a coleta do TALP propriamente dita, momento em que os/as participantes foram estimulados através de um termo indutor que é “o próprio rótulo verbal que designa o objeto da representação”. (SÁ, 1996, p.115), nesse sentido, foram convidados a emitirem e/ou registrar em instrumento de coleta de dados as palavras que lhes viessem à lembrança ao escutar os cinco termos estímulos deste estudo.

Recomenda-se rapidez na aplicação do teste, por acreditar que quanto mais rápido for evocada a resposta ao estímulo, mais fidedignos serão seus resultados (NÓBREGA; COUTINHO, 2003). Segundo essas pesquisadoras, se o participante demorar a responder, tende a ultrapassar a censura em busca de palavras “politicamente corretas” e reflexões mais elaboradas que podem deturpar os resultados da investigação.

No momento da aplicação da técnica, percebeu-se que algumas pessoas demoravam no registro do instrumento, por dificuldades em escrever. Para evitar que o tempo se alargasse, levando aos sujeitos a censurar suas palavras, optei por alterar a técnica, fazendo eu mesma o registro, enquanto os/as participantes evocavam as palavras e expressões, mais espontaneamente, sem preocupações em escrever.

Conforme recomenda Oliveira (2003), a aplicação da técnica foi realizada no consultório, uma vez que, segundo a autora, os ambientes reservados, tranquilos e silenciosos garantem a concentração do entrevistado e evitam interrupções.

Para confirmar a adequação do instrumento de coleta, das evocações e sua validade semântica, os cinco primeiros instrumentos foram reavaliados como teste piloto. Dentre estes, aqueles em que os/as participantes demoraram mais de 5 minutos no preenchimento do mesmo, optei por descartá-los, desse modo, foram descartados 3 dos instrumentos.

Utilizou-se, também, nesta fase o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, considerado como um outro teste projetivo, o qual possui normas qualitativas. Este procedimento é oriundo da psicologia clínica, desenvolvido a partir do procedimento de Desenho-Estórias, criado por Valter Trinca em 1976, que reúne e utiliza informações de técnicas temáticas e gráficas com objetivo de apreender elementos que ampliem o

conhecimento do dinamismo da personalidade. Além disso, agrega processos expressivos motores (desenho livre), processos aperceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas) e associações dirigidas do tipo “inquérito” (COUTINHO, 2005).

O referido método apresenta como vantagens: ser flexível, por adaptar-se facilmente à pesquisa de diferentes objetos sociais, em grupos de participantes com características variadas; possível de ser aplicável tanto individual como coletivamente; ser aplicável a sujeitos de qualquer faixa etária, sexo, diferentes condições psicopatológicas, em qualquer nível sócio-econômico, qualquer cultura, de variados graus de instrução, falantes de idiomas diferentes do pesquisador, além de escapar das declarações “politicamente corretas” que os procedimentos discursivos originam (AIELLO-VAISBERG, 1997; COUTINHO, 2005).

Os métodos projetivos podem ser usados nos casos em que o pesquisador se depara com dificuldades de expressão do investigado (AIELLO-VAISBERG, 1997). Neste estudo, o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema tornou-se relevante, uma vez que este estudo abordou questões que envolvem tabus, preconceitos e fatos da vida afetivo-sexual dos investigados, estimulando-os a se expressarem sem censuras.

Trinca (1997, p.17) assegura que “[...] quanto menos diretivo e estruturado for o estímulo, maior será a probabilidade do aparecimento de material pessoal significativo”, favorecendo ao acesso de elementos da subjetividade. Por isso, na aplicação do procedimento, os participantes são estimulados a desenhar livremente sobre algo que esteja relacionado ao objeto da investigação e, em seguida desenvolver uma estória sobre aquilo que desenhou, resultando em exposição de elementos que estão guardados no inconsciente dos sujeitos, ultrapassando o filtro da censura (TRINCA, 1987; AIELLO-VAISBERG, 1997).

Para obter os dados com aplicação da técnica de forma completa, esta foi desenvolvida em duas etapas: Na primeira, foi oferecida ao participante uma folha de papel ofício em branco e a seguir, ao mesmo foi solicitado desenhar livremente. EX: “Você tem um papel em branco para desenhar o que quiser”. Neste momento, a pesquisadora permaneceu em silêncio e aguardou a conclusão do desenho.

Adotando as recomendações de Coutinho (2005), anterior à aplicação da técnica do Desenho Estória com Tema, deve-se aplicar o Desenho Estória Livre, o que, segundo a pesquisadora permite atingir uma expressão com maior liberdade, e favorecer a adaptação dos investigados à técnica. No entanto, observou-se muita dificuldade nesta fase com o grupo

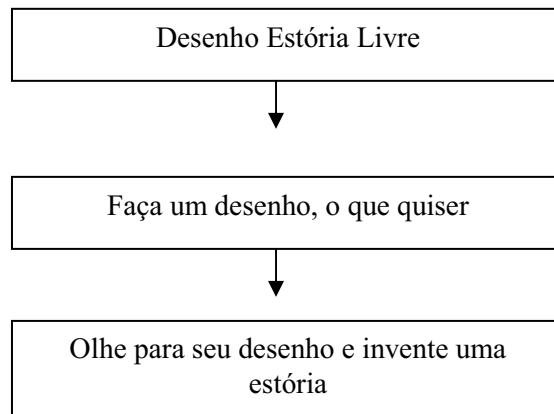
estudado. “Era comum a justificativa “não sei desenhar”, ou” vou desenhar o quê?” e passar grande tempo com o olhar vago sem expressar nada no papel. Naquele momento, a investigadora tentava animá-los, afirmando que toda pessoa pode desenhar, que não estavam sendo avaliados, na tentativa de deixá-los menos inibidos.

Em parte, tal dificuldade inicial pode ser devida à distância que a relação entre profissional e usuário do serviço, se impõe uma distância inclusive de classe social, que formula representações nos usuários de que os profissionais de saúde, por haverem freqüentado a escola superior, ou transitar em universo distinto do que eles (os usuários) estão habituados, lhes confere habilidades “superiores” e o que, os profissionais de saúde solicitam está baseado em seu esquema de referências e não no esquema que está ao alcance da capacidade dos seus interlocutores, pertencentes a classes ditas “inferiores”. Tal aspecto pode encontrar-se reforçado pela linguagem técnica de difícil compreensão utilizada pelos profissionais durante a interação com os usuários, bem como na censura às medidas adotadas pelos usuários para resolver seus problemas de saúde, na maioria das vezes, desqualificadoras.

Após conclusão do desenho, a folha era mantida na posse da/o participante e a pesquisadora solicitava que este contasse uma estória que estivesse relacionada ao desenho feito. Ex: “Você agora pode inventar / criar uma estória, dizendo o que acontece”. Vale lembrar que a estória necessita conter início, meio e fim, ou seja, uma estrutura na qual se identifique uma introdução, desenvolvimento e desfecho.

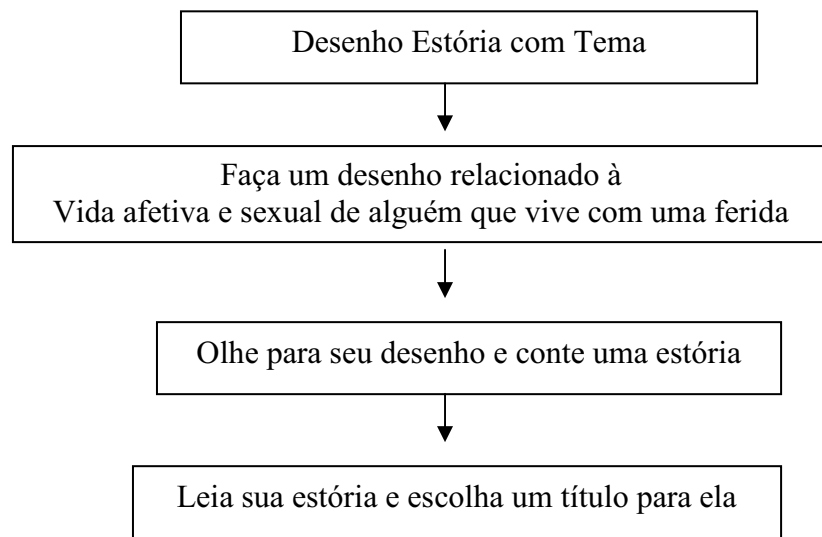
Segundo Coutinho (2005), nesta fase, se a (o) participante apresentar dificuldades de associação e de elaboração da estória, o pesquisador pode auxiliá-lo dizendo: “Você pode começar falando a respeito do desenho que fez”.

Esquema1 COLETA DE DADOS - ETAPA 1



Posteriormente, se coletou o Desenho Estória com Tema, oferecendo-se uma folha de papel ofício em branco e solicitando-se ao participante que desenhasse algo que estivesse relacionado ao fenômeno. No caso do presente estudo, as (os) participantes foram convidadas/os a desenhar algo relacionado à “Vida afetiva e sexual de uma pessoa que vive com uma ferida”. Ao término, solicitou-se que contasse uma estória sobre o desenho, e ao final, foi requerido que lhe conferisse um título.

Esquema2 COLETA DE DADOS - ETAPA 2

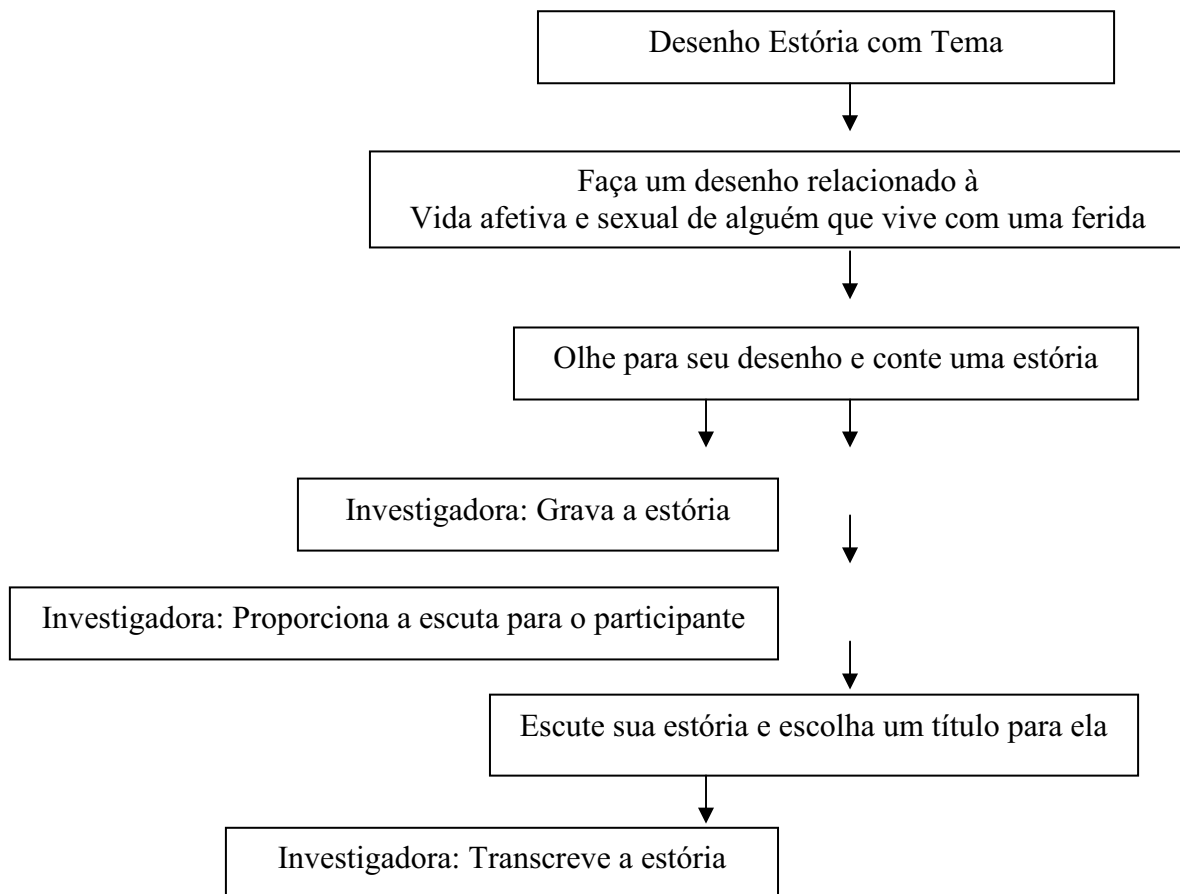


Os testes projetivos contribuem, especialmente, para se explorar conteúdos de indivíduos ou grupos que vivem em situações problemáticas ou que dificultem a expressão do sujeito. Vale ressaltar que a técnica de Desenho-Estória com Tema já foi experimentada e

validada em estudos de representações sociais (AIELLO-VAISBERG, 1995; COUTINHO, 2001; COUTINHO, 2005).

Logo na primeira fase, ao observar que as/os participantes apresentavam muitas dificuldades para escrever, decidi gravar as estórias, e logo em seguida, as escutava e transcrevia na mesma folha em que o participante havia produzido seu desenho. Em seguida, procedia à leitura e perguntava aos participantes se concordavam, se queriam retirar algo da estória ou acrescentar, e em seguida, os estimulava a eleger um título o qual era registrado pela própria investigadora. Desse modo, houve a necessidade de adaptação do esquema de coleta de dados proposto por Coutinho (2001), para possibilitar a coleta de dados com pessoas com limitações para ler e escrever, acrescentando a etapa de escutar sua própria estória por parte do investigado e a gravação e transcrição da estória por parte da investigadora.

**Esquema 3 COLETA DE DADOS COUTINHO (2001) - ETAPA 2
ADAPTADO POR CARVALHO³**



³ O modelo proposto por Coutinho (2001) foi adaptado pela autora para atender a necessidade de expressão dos participantes com limitações para ler e escrever, sendo a ele acrescentado intervenções da investigadora: gravar, expor à escuta do participante a estória contada por ele e logo com sua concordância a transcrição imediata do conteúdo gravado.

A fase de coleta de dados dos métodos projetivos foi extremamente desgastante, dadas às dificuldades das/dos participantes para ler e escrever. Acredito que em parte, minhas ansiedades partiam de experiências anteriores com outros grupos, em que a técnica demorava cerca de 30 a 40 minutos no máximo para a sua completa aplicação, enquanto que neste grupo investigado, a aplicação da técnica demandou cerca de 2 horas e meia sendo, portanto, possível coletar dados projetivos com uma média de um participante ao dia.

Os primeiros três trabalhos foram descartados, pois como havia solicitado que o próprio participante registrasse os dados, ao perceber que estavam incompletos ou ininteligíveis, apesar deles informarem de antemão que tinham escolaridade compatível com as habilidades requeridas para o preenchimento do instrumento, adotei a medida de solicitar as informações e as evocações, registrando prontamente, e a adoção do método de gravação da estória.

Destaco que todas as etapas de coleta de dados foram processadas de forma individualizada, garantindo o respeito ao tempo de cada um, permitindo a livre expressão, além de proteger a privacidade dos/as participantes.

3.9 A SEGUNDA FASE DA COLETA DE DADOS: APREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES POR MEIO DAS NARRATIVAS

Para apreender as RS sobre como os participantes se vêem e significam suas experiências afetivo sexuais, tornou-se imprescindível escutá-los, adentrar em suas histórias, apreender aspectos de suas vidas íntimas, e no tecer dessas histórias, os participantes pouco a pouco recuperavam imagens e, como num filme, se teciam significados específicos a essas experiências, justificando sua atitude frente aos desafios do viver enfermo.

Silva e Trentini afirmam que

Com a vivência da doença, as pessoas passam a ter uma outra história para contar. Essas histórias não são histórias separadas do processo de viver, mas são convergentes à maneira de ver o mundo e de viver nele, passando a integrar-se a esse mundo. Elas relatam várias situações vividas, que, no seu conjunto, tem um sentido maior, o que as transforma em histórias acessíveis aos outros. (2002, p. 427).

Segundo Jovchelovitch e Bauer (2002, p.110), a narrativa privilegia a realidade do que é experienciado pelos contadores de história, refere-se ao que é real para eles; as narrativas propõem representações/interpretações particulares do mundo; não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas por que expressam a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço; estão sempre inseridas no contexto sócio-histórico.

Através das narrativas, podemos ter acesso à experiência do outro, porém de modo indireto, pois a pessoa traz sua experiência a nós da maneira como ela a percebeu, ou melhor, da maneira como a interpretou (SILVA; TRENTINI, 2003). Nesse sentido, o uso das narrativas se adequa ao estudo das RS por que nela o sujeito recompõe a história no ato de recontá-la, a partir de seus interesses e de seu arsenal de experiências passadas (BARTLETT apud VIEIRA; SPERB, 1998) ele interpreta suas próprias experiências e as re-apresenta por meio do discurso.

De acordo com Madeira,

o processo discursivo oculta e mostra, ao mesmo tempo. Mostra para ocultar ou oculta para mostrar. Trata-se de expressar ou de ocultar o que se quer ou não dizer, o que se pode ou não dizer, o que se precisa dizer, o que se diz mesmo no que não se fala, no influxo associativo mobilizado pelo objeto. (2005, p.462).

A narrativa é usada para entender eventos concretos que necessitam relacionar o mundo interior do desejo e das motivações ao mundo exterior das ações e coisas observáveis. Seria a forma mais fundamental de entender a vida em seu fluxo temporal; evocar imagens sensoriais; entrelaçar cenas e símbolos mesmo quando contraditórios e, assim, oferecer explicações contraditórias da mesma história. (MATTINGLY; GARRO apud NUNES, 1995).

As narrativas dão conta de um arsenal de tramas, negociações, percepções encontradas, interrogações sem respostas definitivas, apreensões de uma realidade em um momento determinado e, sobretudo, reinterpretações que conferem novos sentidos a acontecimentos passados (ROMERO, 2007).

Para este estudo, adotou-se a perspectiva da História de Vida tópica como um meio para se recorrer às narrativas, por possibilitar uma re-construção temporal do itinerário da vida sexual, das pessoas investigadas, tratando como marco para essas narrativas a ocorrência da ferida em suas vidas.

As Histórias de Vida referem-se a relatos orais, autobiografias, entrevistas em profundidade e outros documentos orais ou testemunhos escritos (MARRE, 1991 apud MENEGHEL, 2007). A adoção desta abordagem metodológica atende aos objetivos de pesquisa, mas também a um posicionamento epistemológico da autora deste estudo, que percebe a História de Vida como um meio capaz de dar voz às pessoas investigadas, oportunizando, neste relatar e conhecer suas histórias, o recuperar de suas trajetórias e subjetividade, muitas vezes negada, seja pela própria história tradicional dos estudos em saúde, que pouco valorizavam a escuta dos sujeitos cuidados, para a construção do conhecimento científico, seja por que tais pessoas pertencem a uma camada estigmatizada da população usuária dos serviços de saúde. Apoiada no fato de que “[...] a história de vida devolve a palavra aos silenciosos e aos esquecidos da história e projeta uma iluminação particular ao social; elas tiram a palavra dos lugares de silêncio [...]” (MENEGHEL, 2007, p. 119).

Caldeira (1980, p.12 apud MENEGHEL, 2007, p.119), complementa essa justificativa quando afirma que

No ato de solicitar a alguém que relate sua vida está contido um reconhecimento da individualidade, um respeito àquela vida que afinal não é qualquer vida, mas uma vida particular: a sua vida. E a entrevista dá voz, tira do anonimato uma vida marcada pelo sofrimento, pela angústia, pela luta: uma vida cujo relato só pode ser marcado pelo sofrimento, pois além de ser sua parte integrante, é ele que de alguma maneira lhe confere dignidade.

O conceito de História de vida (life history) deve ser empregado para referir-se aos estudos de casos sobre uma pessoa ou grupo que compreenda não somente as narrativas da pessoa ou pessoas sobre suas próprias vidas, mas também que se complemente com um arsenal de documentos que variará de objeto e contexto de estudo. Nesse sentido, possibilita uma visão global das vidas dos personagens estudados (GONZÁLEZ, 2006).

Goy (1980) define a História de vida como um arquivo em que se mescla de maneira dinâmica o verdadeiro, o vivido, o adquirido e o imaginado. Esta constitui uma ferramenta importante para a análise e interpretação de fenômenos, tanto dos componentes históricos a partir dos fenômenos pessoais, bem como para compreender o componente individual dos fenômenos históricos. Neste estudo, foi considerado o termo ‘História de vida’ como sinônimo de todo o conteúdo que as pessoas entrevistadas expressarem verbalmente sobre suas vidas, as experiências narradas por elas próprias, no momento das entrevistas.

De acordo com Thiollent (1982), a História de vida é comumente recolhida mediante uma ou mais entrevistas prolongadas, nas quais a interação entre investigador e pesquisado ocorre de forma contínua e gradativa. Para tanto, é necessário que o investigador adote algumas posições, como alerta De Garay (1999, p.84-85)

[...] el historiador oral debe estar consciente que el entrevistado es un representante de la cultura, con una visión particular e individual del mundo, formada dentro de la cultura hegemónica o en oposición a dicha ideología. En otras palabras es como si los testimonios fueran una combinación de mito e ideología. De ahí que los testimonios orales deriven de la esfera subjetiva, ubicada dentro de la actividad simbólica vinculada con lo psicológico, cultural y cognitivo. Esto implica que en el proceso de entrevista, el que pregunta debe estar atento al qué se dice, a través de lo que permiten las convenciones de la conversación socialmente ordinaria (lealtades invisibles) y los significados de lo que se dice. Por eso los historiadores orales debemos observar, con el mismo celo, lo que se dice, el cómo se dice y qué significa lo que se dice, pues desde hace tiempo, la comunicación ya no se comprende más como la emisión estricta y neutra de información. Las abejas transmiten información pero los hombres comunican afectos, sentimientos, visiones del mundo.

Atenta a essas recomendações, realizaram-se vários contatos nos quais se estabeleceu um diálogo com os participantes, aplicou-se em momentos distintos as técnicas projetivas e, ao final, utilizou-se a **entrevista em profundidade**, com roteiro semi-estruturado, (Apêndice B) contendo uma parte que identifica dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa.

Após a aplicação das duas primeiras entrevistas, o instrumento foi reavaliado e submetido a adequações das perguntas de modo a atender aos objetivos do estudo. Cada entrevista teve a duração média de três horas, marcada por momentos de tensão, choro, silêncios e auto-reflexões por parte dos entrevistados.

A cada entrevista, foram apontadas informações no diário de campo para registrar impressões, observações da expressão não-verbal durante a interação, consideradas importantes para a compreensão dos fatos narrados, além dos meus sentimentos como investigadora, as dificuldades decorrentes da entrevista e as necessidades de adequação do instrumento. Este recurso permitiu, ainda, destacar as diferenças, considerando que cada entrevistado é um ser único, o que confere a cada encontro uma percepção nova para o entrevistador.

Após as entrevistas, a própria autora procedeu à escuta, transcrição e análise dos dados, os quais, gravados em fitas de micro cassete, permanecerão arquivados por cinco (5) anos a contar do mês de agosto de 2009, e após vencer esse período, serão destruídas (queimadas), atendendo ao que determina a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Os

depoimentos foram coletados até se observar a saturação dos discursos. A partir deste momento, as entrevistas foram encerradas. A saturação é um critério para a coleta de dados de estudos qualitativos e refere-se à repetição de conteúdos semelhantes nas falas dos sujeitos, sem surgimento de elementos novos (MINAYO, 2000).

3.10 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Escolher uma abordagem multi metodológica para a coleta de dados implicou em eleger também multitécnicas de análise possibilitando a triangulação de dados que permitissem revelar os conteúdos explícitos e implícitos das representações sobre corpo e sexualidade de mulheres e homens que vivem com feridas. Nessa perspectiva, adotou-se o método de Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2004) para a análise dos dados apreendidos pelo Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema e das Histórias de vida e, para processar as associações livres de palavras, elegeu-se a Análise fatorial de correspondência.

O processo de análise com cada uma das técnicas será apresentado a seguir, ressaltando que esse processo é complexo, dinâmico e exige idas e vindas ao material, permitindo ao investigador se apropriar de um conteúdo muitas vezes velado, no qual implica exploração repetitiva do mesmo, combinando e experimentando varias estratégias para sua apreensão. A princípio, os silêncios surgidos nos depoimentos tornaram as primeiras leituras fonte de angústia para a investigadora que, ansiosa, desejava de imediato, encontrar resposta para suas indagações de pesquisa. É nesta fase que a triangulação de dados mostra todo seu potencial para revelar aspectos da experiência subjetiva. Também, que o amadurecimento científico, lhe conduz a um desejo de recomeçar todo seu trabalho, gerando novas inquietações, mostrando que a análise é sempre um processo inacabado.

3.10.1 Analisando as narrativas

A análise de Conteúdo Temática é definida por Bardin (2004, p. 37), como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Sua escolha se deve ao fato deste tipo de análise poder ser utilizada para estudar as respostas à questões abertas e semi-estruturadas, ou entrevistas individuais ou de grupo, e comunicações de massa. Por ser o tema utilizado como unidade de registro para estudo de motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências, torna a análise temática amplamente aplicável nas ciências sociais.

A análise de conteúdo busca compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (COUTINHO, 2005). Para atingir tal objetivo, a análise dos conteúdos das entrevistas obedeceu o seguinte plano :

1. Constituição do corpus (composto por todas as entrevistas);
2. Leitura flutuante (na qual se processa a leitura superficial do material com finalidade de conhecer os dados, para a seguir realizar leituras mais dirigidas que oportunizem um conhecimento mais aprofundado dos dados por parte do pesquisador);
3. Codificação e recortes (decomposição do corpus e codificação dos temas, agrupamento do material em subcategorias e categorias simbólicas);
4. Composição das unidades de análise;
5. Categorização;
6. Descrição das categorias.

3.10.2 Analisando os desenhos estórias com temas

A análise dos desenhos envolve tratamento de material discursivo produzido pelas estórias contadas pelos participantes, ao mesmo tempo em que se articula com a visualização de elementos gráficos, dotados de sentido para a estória contada, uma vez que é a partir do produto gráfico que os sujeitos são convidados a elaborar uma trama discursiva. Nesta perspectiva, desenhos e estórias se completam, permitindo ao investigador acessar o contexto em que as experiências narradas foram produzidas. O material coletado mediante a aplicação do Desenho Estória com Tema foi analisado utilizando-se o modelo proposto por Coutinho (2001):

1. Observação sistemática dos desenhos;
2. Seleção dos desenhos por semelhanças gráficas e/ou aproximação dos temas;
3. Leitura flutuante das unidades temáticas das histórias;
4. Recorte e categorização;
5. Análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias;
6. Análise e interpretação dos desenhos através do grafismo.

Neste estudo, os símbolos gráficos foram de grande utilidade para apreensão dos elementos que diferenciam a narrativa de mulheres e homens, no qual se observou personagens familiares mais frequente nos desenhos das mulheres, enquanto que no desenho dos homens, os personagens centrados em si mesmos revelam que suas histórias são vividas de modo mais individualista.

3.10.3 Analisando as associações livres de palavras

Para análise das associações livres de palavras foi utilizada a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), através do processamento do Software Tri-deux-Mots. Este método permitiu “a apreensão e a representação gráfica, em simultâneo, de vários conjuntos de variáveis qualitativas descrevendo um mesmo objeto, evidenciando as interrelações existentes em cada um dos conjuntos dessas variáveis [...]” (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005, p.334) e, “revela o jogo de oposições que são evidenciadas pelos sujeitos nas respostas aos estímulos indutores, favorecendo à identificação das representações sociais nele contido”. (PAIVA; AMÂNCIO, 2004, p.6).

Este tipo de análise possibilitou o cruzamento das variáveis fixas: **sexo** (1 mulher) (2 homem); **raça/cor** (1 negra) (2 não negra); **escolaridade** (1 alfabetizado) (2 não alfabetizado); **religião** (1 católico) (2 evangélico) (outros), com as variáveis de opinião as quais foram levantados por estímulos indutores: **corpo ferido, namoro, namorar tendo ferida, sexo e, fazer sexo tendo ferida**, para exploração das representações sobre a sexualidade de pessoas com feridas crônicas.

A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) obedeceu a três etapas: a primeira etapa, consistiu em elaborar um dicionário com todas as palavras evocadas, referente a cada estímulo indutor.

Na segunda etapa, foi procedida a categorização, que utiliza a frequência e similaridade semântica como critérios, ou seja, as palavras são categorizadas obedecendo ao maior número de repetições, aquelas em que as frequências foram mais elevadas, desde que sejam sinônimas ou tenham o mesmo sentido. Ao referir-se à similaridade semântica recomenda-se evitar a repetição de termos com os mesmos significados, permitindo reduzir a variedade de palavras que podem alterar o resultado estatístico, tornando-o pouco significativo.

Por exemplo: “**amor, amar, amando, ter amor, receber amor**” foram expressões e palavras que por semelhança de significados foram representadas pela palavra “**amor**”, por ter sido a mais evocada dentre estas.

A terceira etapa refere-se ao banco de dados, que é construído a partir da organização das variáveis fixas e de opinião, relacionadas a cada estímulo indutor apresentado pelos sujeitos do estudo.

Nesta fase, a pesquisadora elege um número para cada variável fixa, codificando-os para submetê-los à análise, enquanto que as variáveis de opinião são codificadas de acordo com o número relativo a cada estímulo indutor.

Neste estudo, as variáveis foram identificadas da seguinte forma:

SEXO	RELIGIÃO	COR	CONJUGALIDADE	SITUAÇÃO DE TRABALHO	TEMPO DA FERIDA
1 feminino 2 masculino	1 católica 2 evangélica 3 outras	1 negra 2 não negra	1 casado 2 separado 3 solteiro	1 trabalha 2 não trabalha 3 assegurado	1 até 5 anos 2 mais de 5 anos

Assim, na terceira etapa, o dicionário é construído com base nas variáveis de cada um das/dos participantes, por exemplo: mulher, católica, não negra, separada, assegurada, com ferida há mais de 2 anos, será identificada com os números correspondentes as variáveis definidas (112232). Homem, evangélico, negro, casado, não trabalha, com ferida há 6 meses, será identificado pelos números (221121). Tais números são pré-definidos pela investigadora, e servirão de código de identificação das/dos participantes dentro do software Tri Deux Mots.

Após construção dos gráficos, os quais revelaram as aproximações e oposições das modalidades na construção dos fatores analisado através da Análise Fatorial de Correspondência-AFC, as representações psicossociais apreendidas pelos estímulos indutores foram analisadas qualitativamente, sendo toda a análise fundamentada na perspectiva de gênero e na Teoria das Representações Sociais.

3.11 OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa envolveu seres humanos e, principalmente, pessoas em situações de fragilidade física e emocional. Além disso, seus objetivos consistiram em ingressar em um mundo subjetivo, em que permeiam não somente as Representações Sociais, mas emoções e condições adversas de um viver enfermo. Buscando respeitar as pessoas envolvidas neste estudo, houve uma preocupação, desde a escolha dos métodos e técnicas, até o modo como se construiria a aproximação necessária para o estabelecimento da confiança exigida em processos de pesquisa como esta, em que o pesquisador ingressa como estranho no mundo particular da vida das pessoas com o interesse de desvendar respostas para suas inquietações.

Desse modo, foram estabelecidos vários encontros nos quais foram observados cuidadosamente todos os princípios éticos da pesquisa, adotando-se as recomendações do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP) conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996, p.5)

Inicialmente, este projeto foi encaminhado à Diretoria do Hospital Roberto Santos em Salvador, solicitando autorização para ter acesso ao campo de estudo. Em seguida, foi protocolado no Sistema Nacional de Pesquisa - SISNEP através do preenchimento da Folha de Rosto de protocolo de pesquisa, e posteriormente enviado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia para que fosse feita a apreciação do mesmo.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, iniciou-se a aproximação com o campo de pesquisa, e com as/os participantes. Para isso, foram programadas visitas à unidade de saúde, e apresentação da pesquisadora, explicando os objetivos deste estudo.

Mediante um contato prévio as/os participantes foram informadas/os sobre os objetivos do estudo e foi apresentado, aos mesmos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Explicitou-se a necessidade da participação no estudo ser voluntária, não estando seu atendimento e cuidado atrelado ao fato de participarem ou não do estudo.

As entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade das pessoas que aceitaram participar do estudo. Algumas situações motivaram o adiamento das

entrevistas, como por exemplo a ocorrência de dor durante os curativos, ou compromissos de outra ordem assumidos pelos participantes.

Esse estudo não ofereceu riscos físicos aos participantes, no entanto, poderia provocar constrangimento nos entrevistados por tratar de questões íntimas de sua vida social, afetiva e sexual. Para reduzir os possíveis desconfortos, a coleta de dados foi realizada em ambiente restrito, onde puderam estar presentes somente a investigadora e a/o entrevistada/o, de modo a preservar a privacidade dos depoentes e o caráter sigiloso de informações que se referem à intimidade dos mesmos, zelando pela integridade e bem estar das/os envolvidas/os, atendendo à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Os depoimentos foram gravados em fitas de áudio, e a (o) entrevistada (o) após a gravação foram disponibilizados para a escuta, revisão, modificação ou acréscimo de conteúdos e/ou quaisquer informações. Dos 18 participantes da etapa de entrevistas, apenas um desejou escutar seu depoimento, porém, não expressou desejo em realizar qualquer alteração. A gravação permitiu a recuperação fiel do conteúdo dos depoimentos, o que segundo Montyssuma (2006, p. 124):

[...] possibilita a percepção de significados que se encontram presentes no silêncio, nas repetições, nas reticências, nas entonações da fala, que remetem a entendimentos através das inflexões das frases, nos prolongamentos das palavras, no prolongamento ou acentuação à sua maneira de certas sílabas na palavra pronunciada, quando a pessoa que fala se resguarda, evitando que determinado conteúdo seja publicizado, ou quando se emociona e sofre por algo rememorado naquelas circunstâncias.

Ressalto que aos participantes foi assegurado a escuta de seus depoimentos logo após sua gravação, podendo anular, acrescentar ou retirar algum conteúdo que julgasse pertinente fazê-lo. Para apresentação dos resultados, desenhos, depoimentos e histórias utilizou-se nomes fictícios para preservar o anonimato das/os participantes. Durante a realização deste estudo, foi permitido aos depoentes desistir de sua participação, devendo os mesmos expressar essa intenção, contactando com a autora através do telefone disponibilizado no TCLE. Alguns usuários, alegando motivos diversos, desistiram de participar da última etapa da coleta de dados, a qual consistia em prestar depoimentos mediante entrevistas.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As Representações Sociais de mulheres e homens com feridas, sobre seus corpos e sua experiência sexual, revelaram imagens e estereótipos construídos mesmo antes da ocorrência das feridas em suas vidas. Ao elaborarem explicações do senso comum para darem sentido às suas experiências de rejeição, isolamento e alterações de vida íntima, o fazem tanto individual quanto coletivamente, compartilhando com outras/os mulheres e homens, igualmente feridos, nos espaços de cuidado comum, por meio de processos de comunicação.

Os significados atribuídos às experiências do corpo ferido motivam as atitudes que implicarão na dinâmica das relações afetivo/sexuais já existentes, ou na aceitação ou recusa de novas parcerias sexuais, confirmando que as RS são base de explicação para os comportamentos humanos, adotados frente aos objetos representados.

Neste capítulo, são apresentados as características sócio-demográficas das/os mulheres e homens participantes deste estudo e suas Representações Sociais sobre o corpo ferido e a sexualidade. Inicialmente, conforme os objetivos deste estudo, abordar-se as representações sobre o surgimento das feridas, em seguida, apresenta-se a análise qualitativa das narrativas, desenhos e associações livres de palavras, representadas por sete categorias sobre o corpo ferido; e seis categorias sobre sexo/sexualidade; posteriormente, apresenta-se a análise quantitativa das associações livre de palavras, o que corresponde a parte quantitativa deste estudo, fazendo uma comparação das representações das mulheres em oposição às representações dos homens.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS/OS PARTICIPANTES

O trabalho de campo demandou dez meses, desde a imersão no campo, que se deu em outubro de 2008, à coleta da última entrevista, ocorrida em agosto de 2009. Neste período, vários dados foram colhidos sobre a unidade, sobre as pessoas usuárias e sobre o corpo clínico. A coleta foi encerrada a partir do momento que nenhum/a outro/a pessoa se disponibilizou a participar do estudo, lembrando que para o interesse da investigação e para acercar-se de seus

objetivos, os dados foram colhidos apenas entre as pessoas adultas dentro daquele universo de usuários.

No período da coleta de dados, encontravam-se matriculadas 200 pessoas e a população adulta era constituída de 102 pessoas, sendo 57 mulheres e 43 homens. A análise dos dados permitiu a identificação do perfil das 25 mulheres e 26 homens investigados. Inicialmente, buscou-se estabelecer um perfil com base nas informações objetivas relacionadas a idade, grau de instrução, religião, cor, local da ferida, tempo de existência da ferida, condição salarial/ situação econômica e de trabalho/emprego, acesso a benefícios sociais e local de residência.

Considerando-se, inicialmente, a idade das mulheres participantes, variou entre a mínima de 22 anos, e a máxima de 59 anos. Conforme se verifica na Tabela 1, a faixa etária mais freqüente foi a de 50-59 anos representada por 12 (48%) mulheres; a segunda mais freqüente foi a faixa entre 40-49 anos com 7 (28%). Na faixa etária de 30-39 anos foram investigadas 5 (20%) e apenas 1 (4%) se encontrava na faixa etária dos 20-29 anos.

Tabela 1 Perfil das/dos participantes segundo a idade – Salvador, 2009.

IDADE	Homens /n	%	Mulheres/n	%
20-29 anos	4	15,38	1	4
30-39 anos	2	7,69	5	20
40-49 anos	11	42,30	7	28
50-59 anos	7	26,92	12	48
60 anos	2	7,69	-	-
Total	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

Entre os homens, a idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 60 anos. A maioria dos homens 11 (42,30%) estavam na faixa etária de 40-49 anos, seguido da faixa etária dos 50-59 anos com 7 homens (26,92%), e em terceiro lugar, a faixa etária dos 20-29 anos com 4 homens (15,38%).

Tabela 2 Perfil das/dos participantes segundo o grau de instrução – Salvador, 2009.

Grau de instrução	Homens /n	%	Mulheres/n	%
nunca foi à escola	2	7,69	-	-
assina o nome	-	-	3	12
1º grau incompleto	22	84,61	13	52
1º completo	-	-	4	16
2º grau incompleto	1	3,84	1	4
2º grau completo	1	3,84	4	16
Total	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

Em princípio, podemos observar através dos dados da Tabela 2 que as pessoas deste estudo demonstram baixos níveis educativos, existindo uma ausência de posses em termos de capital cultural (BOURDIEU, 1998¹) institucionalizado. A população deste estudo alcançou níveis de escolaridade que oscilam entre a completa falta de escolaridade e o primeiro grau incompleto, sendo o segundo grau completo presente em apenas cinco casos.

Ao que se refere à situação de escolaridade, 22 homens (84,61%) apresentavam apenas o ensino fundamental incompleto. Observa-se que 2 (7,69%) deles nunca foram à escola; apenas 1 (3,84%) tem o segundo grau completo, e 1 (3,84%) o segundo grau incompleto. Embora a maioria declarasse ter acesso ao ensino fundamental observou-se que 8 destes sabiam apenas assinar o nome, fato este demonstrado nas dificuldades encontradas para o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

O nível de escolaridade das mulheres mostrou-se melhor. Dentre estas, a maioria, 13 (52%) referiram o 1º grau completo, 4 (16%) o 1º grau incompleto, 1 (4%) com o 2º grau incompleto e outras 4 (16%) possuem o 2º grau completo e 3 (12%) delas sabem somente assinar o nome.

¹ conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de interreconhecimento ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1998, p.28).

Tabela 3 Perfil das/dos participantes segundo a raça/cor – Salvador, 2009.

COR	Homens /n	%	Mulheres/n	%
Branca	2	7,69	-	-
Preta	7	26,92	15	60
Amarela	1	3,84	-	-
Parda	15	57,69	10	40
Indígena	1	3,84	-	-
Total	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

A Tabela 3 apresenta dados relativos à condição da raça/cor, a qual foi levantada através da autoreferência das/dos participantes. Do total de homens que participaram, 22 deles eram negros (somando-se pardos e pretos), dentre eles 15 (57,69%) se autodeclararam como pardos e 7 (26,92%) deles como pretos; 2 (7,69%) homens se autodeclararam brancos, 1 (3,84%) vermelho (indígena) e 1(3,84%) amarelo. Todas as mulheres, 25 (100%) das participantes deste estudo, se autodeclararam como sendo negras. Dentre elas, 15 (60%) se declararam pretas e 10 (40%) se declararam pardas.

Os resultados mostram que a situação da mulher negra, que vive com a ferida, revela a associação de risco à saúde relacionada ao fato de ser negra, ser pobre, viver na periferia e ter menos recursos materiais e menor acesso aos serviços, conduzindo-as à situações de cronificação.

Quanto à crença religiosa, 15 (57,69%) deles informaram ser católicos, 7 (27,92%) evangélicos, 4 (15,38%) deles declararam não ter nenhuma religião. 10 (40%) das mulheres se declaram católicas, 9 (36%) evangélicas, 1(4%) espírita e 5 (20%) alegaram não ter religião definida, evidenciadas na Tabela 4.

Tabela 4 Perfil das/dos participantes segundo a religião – Salvador Bahia, 2009

RELIGIAO	Homens /n	%	Mulheres/n	%
Católico	15	57,69	10	40,
Evangélico	7	27,92	9	36,
Não tem religião	4	15,38	5	20,
Espírita	-	-	1	4,
Candomblé	-	-	-	-
	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

No que diz respeito à moradia, todos os/as participantes declararam ser provenientes de bairros populares, denominados bairros de periferia, onde vivem as populações pobres e de baixa renda, são eles Saramandaia, Mata Escura, Castelo Branco, Retiro, Águas Claras, São Caetano, Tancredo Neves, Cabula, Sussuarana, Fazenda Grande, Nova Brasília, Bairro da Paz, Jardim Nova Esperança, Pau da Lima, Lobato, São Marcos, Barbalho, Cosme de Farias, Engenho Velho da Federação, Cidade Nova, Sertaneja, Mussurunga e até cidades próximas como Teixeira de Freitas, Santo Amaro, Simões Filho e Serrinha.

De acordo com o Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil - RADRB 2007-2008, a condição de pobreza dos negros está diretamente associada ao racismo e à ausência de políticas que visem reduzir as desigualdades sociais. Sem ignorar que pessoas de outra cor também estão em condição de pobreza, o que se vê neste estudo como a escolaridade e salários baixos, ocupações informais, confirma a realidade apontada no relatório de desigualdades, em que a questão da pobreza dos negros não está relacionada somente à carência de acesso a bens materiais, mas de uma gama de aspectos imateriais que culminam em maior risco à sua saúde e qualidade de vida, como acesso a ativos educacionais e de proteção à vida. Segundo o RADRB (2007-2008) “a pobreza que atinge aos negros é também política e de visibilidade de suas carências e demandas (p.18)”.

A manutenção crônica da ferida parece ser frequente na condição de pessoas negras que utilizam serviço ambulatorial. Caberia pensar se as condições de vida e acesso aos serviços como saneamento, serviços de saúde, exames diagnósticos, alimentação, manejo da anemia falciforme,

hipertensão e outras doenças cardiovasculares aos quais, os negros tem sido submetidos ao longo de suas trajetórias não tem contribuído, sobremaneira, para a cronificação da ferida naquele grupo de pessoas.

Tabela 5 Perfil das/dos participantes segundo a renda – Salvador, 2009

RELIGIAO	Homens /n	%	Mulheres/n	%
- 1 salário mínimo	-	-	1	4
1 salário mínimo	21	80,76	14	56
1 ½ - 2 salários mínimos	2	7,69	-	-
3 salários mínimos	-	-	-	-
+ de 3 salários mínimos	1	3,84	-	-
Nenhuma fonte de renda	2	7,69	10	40
Total	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

A Tabela 5 apresenta a situação de renda do grupo estudado, mostrando que dos 26 homens participantes deste estudo, 21 referiram possuir renda no valor de um salário mínimo² (R\$ 415,00).

A maior renda dos homens foi a daqueles que ainda possuem uma atividade produtiva de trabalho. Um deles declarou receber cerca de 4 salários mínimos (R\$1.660,00) trabalhando como autônomo e proprietário de um negócio de coquetéis e bebidas em festas. Outro participante refere receber aproximadamente 2 salários mínimos (R\$ 830,00) como eletricista de uma empresa e, outro recebe 1 ½ salário mínimo (R\$767,25) como pedreiro de uma empreiteira, 2 deles nunca trabalharam nem recebem nenhum tipo de auxílio, são jovens e vivem com seu pais.

Nota-se que os dados sobre emprego revelam que a baixa escolaridade das/dos participantes reflete-se em termos de capital econômico (BOURDIEU, 1998), nos baixos salários

² Valor de salário mínimo em agosto de 2009.

e benefícios sociais, uma vez que o acesso ao emprego com remunerações mais elevadas se dá de acordo com a qualificação ocupacional e nível de escolarização.

Tabela 6 Perfil das/dos participantes segundo a fonte de renda – Salvador, 2009

FONTE DE RENDA	Homens /n	%	Mulheres/n	%
Auxílio doença	12	46,15	2	8
Aposentadoria por invalidez	8	30,76	9	36
Não trabalha e não recebe auxílio	2	7,69	9	36
Trabalho formal	2	7,69	3	12
Trabalho informal	2	7,69	1	4
Bolsa família	-	-	3	12
Auxílio de familiares	-	-	1	4
Total	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

Quando se observa a Tabela 6, verifica-se que 12 (46,15%) homens apresentavam-se assegurados através de auxílio doença³ e 8 (30,76 %) em condição de aposentadoria por

³ O auxílio doença não permite o financiamento de bens por constituir-se numa situação provisória, deste modo a aquisição de imóveis, compras financiadas só é possível após a obtenção da aposentadoria por idade ou por invalidez.

Auxílio-doença é um benefício concedido ao trabalhador assegurado pela previdência que fica impedido de trabalhar por mais de 15 dias em razão de uma doença ou acidente. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. No caso do contribuinte individual (empresário, profissionais liberais, trabalhadores por conta própria, entre outros), a Previdência paga todo o período da doença ou do acidente (desde que o trabalhador tenha solicitado o benefício).

Para ter direito ao benefício, o trabalhador tem de contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses. Esse prazo não será exigido em caso de acidente de qualquer natureza (por acidente de trabalho ou fora do trabalho). Para concessão de auxílio-doença é necessária a comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social.

Não é necessário cumprir o prazo mínimo de contribuição os assegurados da Previdência que sofrerem das seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, doença de Paget (osteíte deformante) em estágio avançado, síndrome da deficiência imunológica adquirida (Aids) ou contaminado por radiação (comprovada em laudo médico).

Não tem direito ao auxílio-doença quem, ao se associar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade de trabalhar for resultado de um agravamento da doença já existente. Quem recebe aposentadoria por invalidez tem que passar por exame médico periódico e participar do programa de reabilitação profissional da Previdência Social, caso contrário pode ter o benefício suspenso.

invalidez. As rendas declaradas são baixas e embora desejem complementá-las, os participantes informavam que não realizavam nenhuma outra atividade dado ao efeito incapacitante da dor e da terapêutica utilizada (bota de Unna), além do medo de serem denunciados ao INSS e perderem o benefício, já que o seguro é facultado àqueles sem condições físicas para o trabalho, o que consistiria em uma prática ilegal passível de punição. Ainda sobre a situação de emprego, 4 deles afirmaram que exercem trabalho como autônomos e alegam ainda não haver conseguido seu afastamento pelo INSS por motivo do tempo de contribuição ser insuficiente para aquisição do benefício;

Ainda através da Tabela 6 é possível verificar que somente 2 (8%) das mulheres recebem auxílio doença, e 9 (36%) encontravam-se em uso do auxílio por invalidez, 3(12%) recebem auxílio do Bolsa família e, 9(36%) das mulheres entrevistadas não trabalham e não recebem nenhum tipo de auxílio financeiro.

A situação das mulheres no que diz respeito ao emprego, demonstra-se desigual frente à situação dos homens. Observa-se que, apesar das mulheres apresentarem melhores níveis de escolaridade que os homens, o que, teoricamente lhes confere um maior capital cultural (BOURDIEU, 1998) apenas 4 mulheres apresentavam-se em situação de trabalhadora ativa, sendo 3(12%) delas em emprego formal com salário fixo e 1(4%) como trabalhadora informal, exercendo função de cabeleireira no bairro onde vive.

Dentre estas mulheres, 9 (36%) delas não possuem trabalho remunerado de nenhum tipo, e também não recebem nenhum benefício social. De modo geral, encontram-se em situação de trabalho doméstico não remunerada, se ocupam de cuidar dos filhos e da família realizando o trabalho em domicílio e conseqüentemente não são contribuintes do Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS. Por isso não tem acesso a benefícios como aposentadoria ou auxílio doença, desprovidas de capital econômico (BOURDIEU, 1998), vivem com contribuições materiais feitas pelos filhos, ex-maridos ou maridos, ou de outros familiares. 9 (36%) recebem aposentadoria por invalidez.

O auxílio-doença deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade e retorna ao trabalho ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez. (FONTE: <http://nev.incubadora.fapesp.br/portal/trabalhoerenda/previdenciasocial/auxilio-doenca>. Acesso em 23 de agosto de 2009)

As mulheres tem menor acesso ao auxílio doença porque, embora trabalhem, se ocupam mais de atividades informais e não recolhem contribuições ao INSS, Desse modo,, necessitam continuar exercendo alguma atividade, mesmo que portando uma ferida incapacitante.

Os dados figurados na Tabela 6 permitem ainda evidenciar que, dos 51 participantes deste estudo, 45 (90%) encontram-se totalmente inativos, fora do mercado de trabalho. Sendo que 31 deles (somando-se mulheres e homens) sobrevivem com os auxílios pagos pelo INSS em forma de aposentadorias por invalidez ou auxílio doença e 11 encontram-se sem nenhum tipo de auxílio que lhes assegure soldos mínimos de subsistência material.

As pessoas inativas dificilmente voltarão à vida ativa e se enquadrarão ao mercado de trabalho, seja pela incapacidade progressiva que as feridas produzem, seja pelo extenso tempo em inatividade que corrobora para uma limitação funcional para o trabalho, além da perversa competição que terão que enfrentar com pessoas mais jovens e sem problemas físicos de saúde em busca de trabalho, uma vez que os postos de trabalho para pessoas com menor escolaridade estão mais dirigidos a funções que exigem a aplicação de força física.

De acordo com Brito (2000) a precariedade sempre esteve atrelada ao trabalho feminino, e mesmo quando se observa a insegurança, a instabilidade e o desemprego generalizadamente afetando a população de trabalhadores, “o trabalho masculino tende a estabilizar-se, enquanto que o feminino tende a manter-se incerto e irregular” (BRITO, 2000)

Em estudo com pessoas que estavam em tratamento de hanseníase Oliveira e Romadelli (1998) identificaram que as mulheres mesmo doentes e em tratamento continuavam a trabalhar em duplas jornadas de trabalho, e sem seguridade social já que a maioria exerciam atividades de informais como prestadoras de serviços domésticos, o que as impedia de obter afastamento remunerado para tratamento.

Segundo os autores quando a doença torna-se pública, as mulheres perdem seus empregos, pois as pessoas de modo geral, recusam-se a aceitar dentro de suas famílias uma empregada doméstica portadora da doença (OLIVEIRA; ROMADELLI,1998). Fato semelhante foi observado com as mulheres cronicamente feridas, participantes deste estudo, uma vez que as lesões são facilmente visualizadas e por meio de seus odores suscitam de imediato o medo de contágio naquelas pessoas que solicitam os serviços domésticos.

No que se refere à localização da ferida (Ver Tabela 7), observou-se que 8 (30,76%) homens apresentavam ferida crônica em membro inferior direito (MID); 9 (34,61%)

apresentavam feridas em membro inferior esquerdo (MIE) e 9 (34,61%) apresentavam feridas crônicas em ambos os membros inferiores (MMII).

Tabela 7 Perfil das/dos participantes quanto a localização da ferida – Salvador, 2009

Localização da ferida	Homens /n	%	Mulheres/n	%
MID	8	30,76	11	44
MIE	9	34,61	11	44
MMII	9	34,61	3	12
Total	26	100%	24	100%

Fonte: pesquisa direta

Considerando a localização da ferida, 11(44%) mulheres apresentavam ferida crônica em membro inferior direito (MID), 11(44%) mulheres no membro inferior esquerdo (MIE) e 3(12%) mulheres em ambos os membros inferiores (MMII).

Os dados apresentados na Tabela 7 denotam que no grupo estudado há uma maior predominância de feridas em ambos os MMII nos homens. A co-ocorrência de diversas úlceras nos dois membros está relacionada a uma maior deterioração da circulação e, conseqüentemente, acarretam um maior grau de dependência de cuidados e maior índice de afastamento do trabalho.

Tabela 8 Perfil das/dos participantes quanto ao tempo de existência da ferida – Salvador, 2009

TEMPO DA FERIDA	Homens /n	%	Mulheres/n	%
- de 1 ano	1	3,84	-	-
1-5 anos	6	23,07	11	44
6-10 anos	11	42,30	5	20
11-15 anos	2	7,69	5	20
16-20 anos	3	11,53	2	8
+ 21 anos	3	11,53	2	8
Total	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

Referente ao tempo de existência da ferida, verificou-se que, entre os homens, o tempo mínimo foi de 9 meses e o máximo de 29 anos; em 11 (42,30%) dos casos, os homens apresentavam feridas dentro do tempo médio de 6-10 anos; em 6 (23,07%) dos casos a ferida existia entre 1-5 anos. 3 (11,53%) deles apresentaram feridas entre 16 -20 anos e somente 1 (3,84%) deles apresentou ferida com tempo inferior a 1 ano.

O tempo mínimo de existência da ferida entre as mulheres foi de 1 ano e o máximo de 30 anos. Entre as mulheres as que apresentavam ferida entre 1-5 anos foram maioria com um total de 11 (44%) mulheres; 5 (20%) de mulheres apresentaram feridas entre 6-10 anos, 5 (20%) mulheres entre 11-15 anos; 2 (8%) de mulheres entre 16-20 anos e 2 (8%) delas apresentavam feridas por um período acima de 20 anos, demonstrados na Tabela 8.

Tabela 9 Perfil das/dos participantes quanto a situação conjugal – Salvador Bahia, 2009

CONJUGALIDADE	Homens /n	%	Mulheres/n	%
Vivem com parceiros fixos	15	57,69	7	28
Solteiros com parceiros ocasionais	5	19,23	4	16
Solteiros vivendo sozinhos	4	15,38	14	56
Nunca teve parceiros	2	7,69	-	-
TOTAL	26	100%	25	100%

Fonte: pesquisa direta

A situação conjugal apresentada na tabela 9 evidencia que 15 (57,69%) dos homens declararam viver com parceiras fixas há mais de dois anos, 11 homens declararam-se solteiros, sendo que 5 (19,23%) deles referiram possuir parceiras ocasionais, 4 (15,38%) referem estar sozinhos por opção, outros 2 (7,69%) referiram nunca ter tido qualquer relação com uma pessoa, e atribuem esse fato à existência da ferida, informando também, que ainda vivem com seus pais.

Enquanto que nesta questão, 18 mulheres identificam-se solteiras, 14 (56%) delas relatam estar sozinhas e não ter qualquer tipo de parceiros ou namorados. Dentre estas que se encontram sozinhas 2 são viúvas e 4 são separadas as quais afirmam que a existência da ferida

contribuiu para provocar ou antecipar a separação, sempre de iniciativa do parceiro. Entre as solteiras que afirmaram relacionar-se com parceiros ocasionais, foram encontradas 4(16%) , e 7(28%) delas referiram viver em parceria fixa entendida como relação estável.

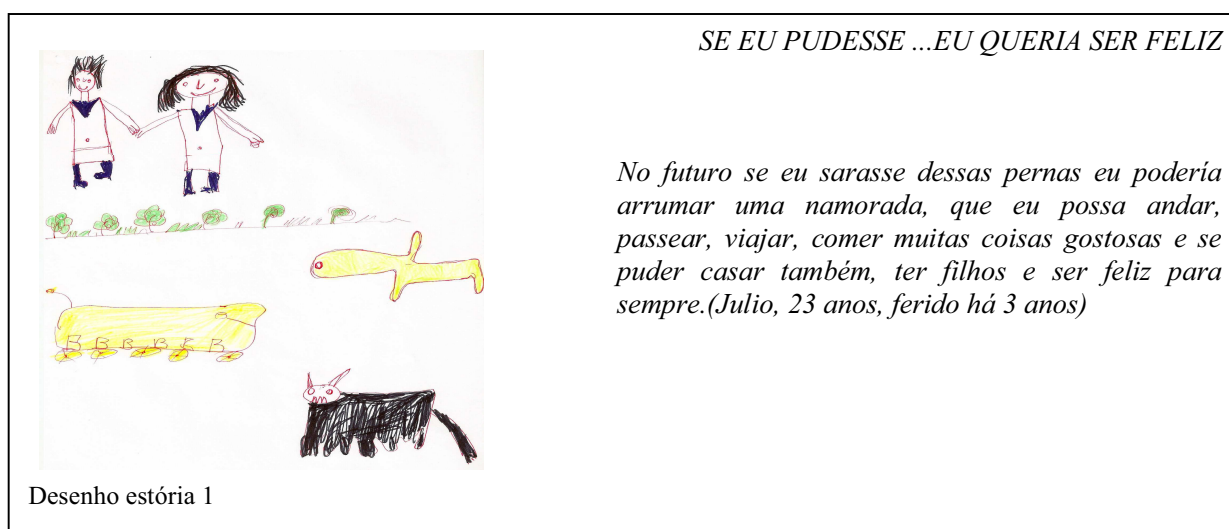
Dentre as mulheres solteiras, sem parceria estas alegam dois motivos que justificam o fato de estarem sozinhas. Algumas (3) indicam não desejar envolver-se em nenhuma relação afetiva ou sexual por que no momento preocupam-se mais em curar-se, para depois pensar “nessas coisas”. Já as demais mulheres solteiras (11 delas) informam desejar envolvimento, porém, não confiam nos homens por que eles “só desejam sexo”, e na maioria das vezes estão sozinhas por falta de oportunidade de estabelecer namoros duradouros. Ressaltam que a ferida não impede a relação sexual com os homens, porém elas buscam mais que um encontro sexual.

4.2 DAS NARRATIVAS ÀS TRAJETÓRIAS DE VIDA DAS PESSOAS CRONICAMENTE FERIDAS

A metodologia adotada permitiu que os/as participantes produzissem um amplo conteúdo, apreendido por meio das narrativas, desenhos e palavras evocadas. Tais conteúdos demonstraram que a vivência afetivo-sexual de mulheres e homens se ressaltam com trajetórias distintas, com claros signos de gênero. Suas histórias compõe-se de cenários onde transitam preocupações e personagens comuns que ganham protagonismos diferentes com base em suas representações. Antes de ingressar na particularidade das representações sobre o corpo e a sexualidade, foi possível apreender três tipos de narrativas as quais foram desenhando diversas trajetórias.

Uma **trajetória sexual solitária** foi encontrada na narrativa dos mais jovens. Nesta, a experiência sexual a dois é inexistente, o sexo é praticado de maneira solitária. Admite-se que o surgimento das feridas na fase de adolescência, que é uma fase de descoberta do corpo, interfere na descoberta dos prazeres sexuais, na construção das primeiras parcerias, o que ocorre, essencialmente, em grupo, através de amigos, colegas, em lugares públicos como festas populares, praia, esportes e escola. É possível que, a interrupção das atividades sociais da juventude pela experiência da enfermidade crônica promova danos na auto-estima, resultando em comportamento menos confiante. Tal trajetória fora identificada em adultos mais jovens, deste

estudo, e que ressaltaram a dificuldade em tomar iniciativa de namorar, integrar-se a grupos e sobretudo, à dificuldade que a ferida provoca em manter-se assíduo em atividades escolares, esportivas e de lazer.

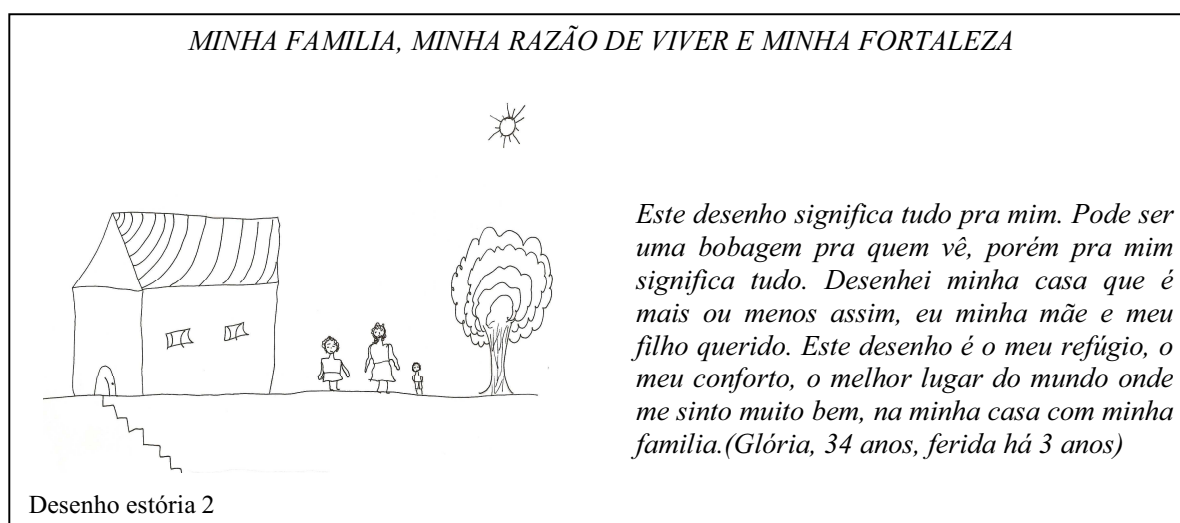


A trajetória sexual fragmentada foi apreendida nas narrativas de adultos com histórico de terem desenvolvido a ferida na fase adulta, mais frequentemente entre os 25-30 anos de idade, que oscila com rupturas freqüentes das relações e início de novas parcerias onde a característica é o curto tempo de duração. Na considerada fase de ingresso à vida adulta, que supostamente, deve ocorrer em torno dos 20 anos, a vida é de intensa atividade social e, na qual, a sociedade cobra produtividade, estabelecimento de vínculos e papéis sociais normativos, como sair da casa dos pais, ser independente, namorar, casar, ter filhos, ter sua própria casa. As narrativas dos jovens que já haviam ingressado em experiências sexuais, nesta faixa de idade, mostrou um maior gradiente de esperança. Nestas pessoas, as feridas costumam ser mais recentes, e elas acreditam que encontrarão a cura e tentam tocar suas vidas e se expõem mais, buscam relacionar-se, e elaboram diversos tipos de argumentos para se convencer e fazer com que, outras pessoas, entendam que aquela ferida é algo passageiro em suas vidas.

A referida trajetória sexual se conforma com constantes tentativas de relacionamento seguidas de rupturas e frustração, sem perda da esperança. Os relacionamentos são iniciados como qualquer outro, mediante a conversa, a paquera, o assédio, mas tem um rompimento que é entendido, pelos atores das narrativas, como rompimento injustificado, abrupto e traumático, e sempre atribuído ao ato de revelar ao parceiro a existência da ferida. Esta é um tipo de trajetória

que, diante da amostra investigada, mostrou-se dominante aparecendo na narrativa tanto dos homens como das mulheres, mas, neste estudo, mostrou-se mais freqüente no discurso das mulheres mais jovens (observar desenho estória 21).

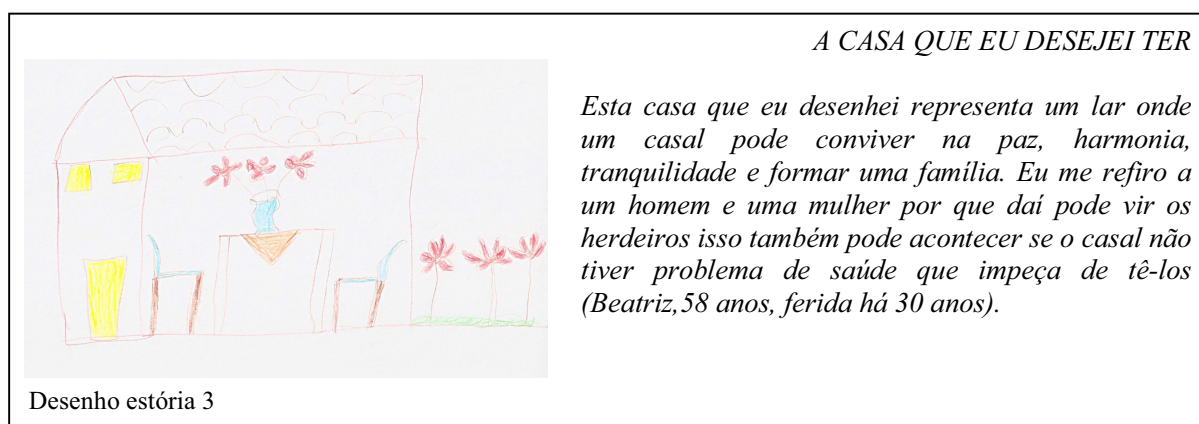
Por ultimo, e de caráter minoritário na amostra estudada, a **trajetória sexual linear ou contínua** foi recuperada quando os/as participantes descrevem histórias com vínculos prévios ao surgimento da ferida, histórias em que os relacionamentos sexuais já se haviam estabelecido antes do aparecimento da lesão. Tais trajetórias assinalam mudanças no comportamento afetivo-sexuais com alterações na dinâmica do encontro sexual, na freqüência e intensidade das relações mas, se mantém sem ruptura da parceria, apesar das perceptíveis mudanças. Neste tipo de trajetória, o/a parceiro/a converte-se em cuidador/a, há uma redução da freqüência sexual, que é entendida como perda de interesse do/a parceiro/a motivada por repulsa, por piedade ou por preocupação, zelo e cuidado. A presença deste tipo de narrativa se concentrou especialmente entre os homens com parceria fixa (casados), (observar desenho estória 18).



Interessante notar que as narrativas sobre as diversas trajetórias anteriores se encontram entrelaçadas por diferença de gênero. No interior das trajetórias narradas pelos homens, há menos espaço para os “outros”. Já as narrativas das mulheres, os “outros” são personagens frequentes, a exemplo do parceiro, filhos, mães e irmãs. As trajetórias narradas pelos homens demonstram-se menos vinculadas aos demais, mais autônomas e individualistas. Em suas narrativas, são mais comuns personagens do passado, do início de suas trajetórias, tais como os amigos da infância e

colegas de escola e, menos frequentemente, citam os irmãos e primos. A família aparece quando provocada por meio de questionamentos. Seus personagens familiares aparecem, em sua maioria, em cenas de conflitos e desentendimentos que são ressaltados como piorados a partir da cronificação da lesão. Nas narrativas de mulheres, os personagens familiares, principalmente os filhos, surgem espontaneamente e figuram como principal fonte de prazer, esperança e apoio emocional, dando-lhes, em meio às adversidades da doença, um sentido para continuar a viver.

Uma diferença importante entre mulheres e homens é ressaltada na hora de narrar a tomada de decisões ante as oportunidades de envolvimento. Os homens apresentam-se como protagonistas e descrevem a tomada de iniciativa em abordar a mulher, enquanto que as mulheres apresentam-se como espectadoras das iniciativas masculinas à espera de seu assédio.



O sistema de gênero produz diferenças, sendo distintas as suas consequências ou uma simples manifestação das mesmas. O que é assinalado por Passos (1999) e também por Goffman (1991) é que o dito sistema determina quem põe o jogo em funcionamento, referindo-se aos jogos de corte e galanteio, e determina quem decide e quem se submete. O sistema de gênero determina quem pode tomar a iniciativa para iniciar uma relação e quem há de esperar ser assediado, aguardando que outros, de outro gênero, tomem a iniciativa (PASSOS, 1999; GOFFMAN, 1991).

Nesse sentido, sob influência do gênero, as narrativas põem em relevo como as tomadas de decisão dos homens apresentam-se autônomas, enquanto que as mulheres aparecem partilhadas com outras pessoas de seu círculo mais íntimo, seja uma amiga, irmã, filha ou até a mãe é consultada sobre a probabilidade de aceitar ou não o assédio masculino, diante da

enfermidade. Desse modo, a tomada de decisões das mulheres mostra um caráter coletivo e dialogado, enquanto que a dos homens mostra-se mais individual, tomadas de forma mais independente e solitária. Abaixo, no fragmento de uma história, uma das participantes conta sobre sua indecisão em aceitar a proposta de iniciar um relacionamento, ressaltando o papel de outras pessoas em sua decisão:

[...] apareceu uma pessoa mas, eu já estava com esse problema aí eu não queria por que eu já vi muita gente sofrendo por isso, por causa do descaso, do desrespeito, do preconceito aí eu não queria...eu não tava querendo aceitar de jeito nenhum...aí foi quando ele insistindo, insistindo muito aí eu ouvi algumas pessoas que começou a me dar força 'você aproveite, tente ver o que é que ele quer, se realmente ele quer alguma coisa se vale à pena, se a gente não tentar a gente nunca vai conseguir!' Então aí minhas filhas foram também me dando força, minhas amigas, por que por mim mesma eu tava lá sozinha no meu canto quieta até hoje...eu tinha muita, tinha muita vergonha!(Carina, 42 anos, ferida há 5 anos)

As narrativas apontam para uma ruptura biográfica, situação em que a ferida assume caráter de Epifania, que conforme as descrições de Denzin (1989) são marcos significativos que dão relevo aos fatos das histórias de vida a partir da perspectiva do próprio ator. Diante dessa Epifania que é a ferida, o passado, anterior à ferida, é históriado com um caráter nostálgico como a experiência de uma vida melhor,

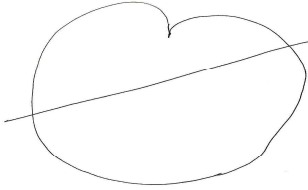
Minha vida era maravilhosa (voz embargada, prende o choro) porque eu podia fazer tudo o que eu tinha vontade de fazer, podia usar minhas saias, shorts na rua, sair. É quando eu tava podendo tomar umas cervejinhas assim e tal. Eu curtia mais a vida, sabia o que era sair mais, chegava de madrugada às vezes, mas depois disso aí começou as vergonhas, esconder né? Ai eu comecei a usar a calça (Marília, 32 anos, ferida há 4 anos).

A ferida tirou minha alegria, eu hoje sou triste apático, eu sinto tristeza, tem hora assim que chega me dá agonia, sabe? Angústia... eu tenho vontade de chorar. Tem momento que... eu nem posso parar pra refletir minha situação, por exemplo, me levanto eu volto tomo meu banho tomo meu café vou assistir o jornal aí tem um desenho que me agrada aí pronto... depois eu desligo a televisão e me deito começo a olhar pro teto aí daí a pouco eu começo a me lembrar aí saio, eu procuro logo sair. Me lembro de mim! De meus tempos atrás, aí quando eu lembro do antes e penso em hoje aí começo...(chora) aí não dá pra segurar daí eu saio eu tenho que sair pra encontrar alguém. Essa ferida me cortou a liberdade e, minha alegria, eu estou mais velho por causa disso rapaz! Eu envelheci, eu envelheci... eu fazia esporte demais! Eu jogava bola, eu remava, eu pescava, eu nadava e fiz atletismo, eu já disputei até atletismo pelo

Colégio Central, mas depois o que é que eu posso fazer pelo amor de Deus! Até um abdominal em casa se eu vou fazer dói a perna, sabia disso?(Jonas 58 anos, ferido há 2 anos)

A vida é contada como uma imagem do passado. No presente, ela é idealizada como algo a ser alcançado com a cura, uma vida saudável e boa que se deseja resgatar. A persistência da ferida consiste na perda dessa possibilidade. Ainda que essa seja uma imagem mítica, ela aponta para o gradiente de esperança alimentado pelas pessoas. Nota-se que, à medida que a ferida cronifica, essa imagem vai se tornando cada vez mais distante, pouco atingível e, os discursos reforçam a busca pela cura, e, essa esperança é maior quanto menor for o tempo de existência da ferida. A cura é entendida como a única alternativa capaz de devolver uma vida satisfatória.

A cura



Era feliz e não sabia.
 Antes de ser portadora
 de uma úlcera.
 Procuro levar a
 vida como se eu
 não tivesse esse
 problema de saúde.
 passeio, ensino
 por conta própria.
 E vou levando
 a vida até o dia
 que Deus me
 curar. Ou seja,
 desde quando
 eu fiz a minha
 parte, cuidando
 desse problema.

“Eu era feliz e não sabia. Antes de ser portadora de uma úlcera. Procuro levar a vida como se eu não tivesse esse problema de saúde. Passeio, ensino por conta própria. E vou levando a vida até o dia que Deus me curar. Ou seja, desde quando eu fizer a minha parte, cuidando desse problema.” (Clara, 45 anos, ferida há 13 anos)

Desenho estória 4

De acordo com Adam e Herzlich (2001, p.78) na situação de doença crônica o doente viverá a doença como ‘destrutiva’ se, a partir da interrupção da atividade provocada pela mesma, que se acompanha tanto da destruição dos laços com os outros como de perdas diversas em suas capacidades e em seus papéis, ele não conseguir visualizar nenhuma possibilidade de reconstruir sua identidade, depende inteiramente da integração social. Ele se esforçará, desse modo, para

lutar com todas as suas forças contra tal situação, chegando se for necessário, a negar a doença enquanto isso for possível.

As/os participantes repetem para si mesmos, “*era melhor a minha vida antes dessa úlcera*” como se fosse uma forma de não se perder daquela identidade anterior, negando a existência de uma nova identidade, nesse sentido, agora, uma identidade deteriorada (Goffman, 1988) a qual não se reconhece dentro da auto-imagem construída e desejada.

Na medida em que as terapias empregadas, dentro do sistema de saúde, falham no sentido de obter a cura, as pessoas alimentam seu discurso pautado na fé em Deus, no qual o mesmo se apresenta como fonte de esperança para a resolução do problema.

Eu peço a Deus, que Deus me dê força ainda pra eu ser uma pessoa feliz na minha vida. Não sou uma pessoa infeliz, você entendeu? Mas eu espero que Deus me dê ainda uma oportunidade de eu poder exercer minhas funções, voltar a trabalhar, ou voltar até a estudar, fazer que eu seja uma pessoa mais feliz do que o que eu sou. Porque esse problema na perna eu não vou desejar pra ninguém, eu só quero ficar bem, bem e saúde. Mas não perco a esperança de ser uma pessoa feliz eu tenho fé em Deus!(Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos)

Para Carvalho, Sadigursky e Vianna (2006), a longa trajetória em busca da cura, o processo doloroso de curativos e tratamentos, muitas vezes mal sucedidos, provocam desânimo e descrédito nas medidas de assistência, restando às pessoas feridas buscarem uma fonte divina de esperança, invocando Deus, continuamente, no desejo de obter a cura que tanto almejam.

4.3 APRESENTAÇÃO DE SI FACE À VIVÊNCIA COM A FERIDA CRÔNICA

Corresponder às expectativas sociais de apresentação exige das pessoas com feridas crônicas, uma elaboração de novas apresentações de si. Essas estratégias são encontradas em outros grupos de pessoas que, ao sofrerem algum tipo de estigma, elaboram três estratégias distintas para superar as situações desconfortáveis na relação com as pessoas ditas “normais” (GOFFMAN, 1988). Uma dessas estratégias é a de “**esconder sua situação para ser aceito**”

como normal". No relato a seguir, um homem adulto versa sobre o que faz para camuflar-se diante dos olhares e parecer um homem saudável;

[...] eu não uso bermuda por que eu tenho medo assim de estar em casa e chegar alguém, entendeu? E eu não gosto, eu tenho vergonha! Só visto calça preta porque quando eu uso outro tipo de calça por causa da secreção da ferida fica sujando a bainha da calça aí as pessoas que estão de fora vê e ficam observando aí eu prefiro usar calça preta pra poder não mostrar muito...(Valdir, 48 anos, ferido há 5 anos).

Nesta estratégia, encontramos com frequência a prática do “**silenciamento do problema**”. No intuito de escondê-lo ou negá-lo, não se toca no assunto, não se relata as queixas, não se permitem perguntas sobre o estado da ferida, sobre o tratamento ou sobre os sentimentos da pessoa que sejam promovidos pela ferida.

O silenciamento é uma forma de considerar o problema como algo inexistente, tornando assim, a pessoa ferida, o mais próximo possível de uma pessoa “sem problema”, e daí motivando que as pessoas, em seu entorno, a tratem como uma pessoa sem marca, sem rótulos. Ao mesmo tempo, é uma estratégia para apagar um tema que persiste em seu pensamento, suas recordações, seu cotidiano e que se maneja com esforço para esquecer. Uma das entrevistadas, ao ser questionada se seu parceiro não lhe pergunta sobre o ferimento, quando esta se fecha em seu quarto para fazer os curativos, ela afirmou:

*Eu não gosto de falar dele (o ferimento) porque eu tenho vergonha, eu tenho muita vergonha. E porque é profundo tá entendendo (silêncio).
Eu vivo assim, minha vida toda foi internada, ficava internada, tem que ficar tomando remédio porque está no limite, eu mesmo estou no limite! (Rosa, 30 anos, ferida há 15 anos).*

Na quebra deste silêncio, a pessoa experimenta um sentimento de embaraço ou humilhação, pois o fato de ter o problema da ferida exposto é, muitas vezes, usado nas situações de conflitos entre os parceiros ou familiares, e percebido como uma agressão que torna o portador da ferida inferiorizado frente ao seu interlocutor. A situação de embaraço é experimentada cada vez que a pessoa se percebe sob o olhar alheio, e, a cada pergunta que as pessoas elaboram em torno do problema, porque explicar o que se passa, o que provocou a ferida, o/a faz expor algo que lhes provoca mal estar, medo e vergonha, o/a faz abordar algo que eles/as mesmos não aceitam, rejeitam e avaliam negativamente.

Aí quando você convive com uma pessoa que já conhece assim aí você vai na casa da pessoa 'poxa fulano você só anda de calça' isso de fazer esse tipo de pergunta a resposta eu fico todo... tipo assim eu caio(deprime) , sabe? De repente eu faço de conta na hora que não escutei eu boto outra conversa no meio, entendeu?(34 anos, ferido há 8 anos)

O **ocultamento** ocorre quando a pessoa mais percebe o risco de rejeição, assumindo que a melhor forma de evitar tais atitudes, em sua direção, é fazendo com que os demais ignorem sua situação.

As pessoas que vivem com uma ferida não são avaliadas somente por pessoas externas ao seu convívio, mas sim por eles mesmos, que regidos, pelas mesmas crenças e representações sociais antecipam o tipo de avaliação, afinal estarão sujeitos ao olhar externo, o olhar do público. Percebe-se que os autores das narrativas prevêm o que os outros irão pensar a seu respeito, em seus depoimentos, se deparam com a revelação de representações de si que julga serem alvo dos outros, revelando seu temor, por ter seu problema divulgado, ou seja, a difusão de sua imagem negativa.

Na verdade, o que ocorre, é que a pessoa em situação vulnerável, em relação às outras pessoas, guarda uma representação sobre sua deficiência, sua ferida, e ao se deparar com as representações das demais pessoas, experimentará sentimentos de inadequação da imagem que gostaria que tais pessoas tivessem ao seu respeito. No encontro, havendo então confirmação dessas representações, reforçará as representações negativas que a motivará a adotar as demais estratégias apontadas por Goffmann (1988), a exemplo de “elaborar histórias que disfarçam seu problema de modo a não produzir julgamentos negativos que lhes provoquem desconfortos”; Vejamos a depoente a seguir. Ela narra sobre seu encontro íntimo com um rapaz que foi seu namorado

O primeiro eu não tinha intimidade também, não rolou nada. Ele ficou me perguntando o que era, aí eu menti disse que foi uma pancada que eu tomei. 'Ai? não! Mas uma pancada não fica assim'. Ele achou que minha perna tava roxa, aí eu falei: foi uma pancada sim!(Vitória, 22 anos, ferida há 5 anos).

La Taille (2002) explica que as pessoas “querem ser bem vistos por outrem e assim procuram influenciar o juízo deste, apresentando-se da maneira mais aceitável possível,

embelezando o ser imaginário [...], porém, tal estratégia de apresentação de si ao olhar alheio não implica que a pessoa julgue a si própria como quer que a julguem. Pode maquiar sua imagem tendo clara consciência de que a verdadeira imagem é outra”.

Então os outros só sabem que eu tenho aquilo (a ferida) quem me conhece mas, quem não me conhece não sabe que eu tenho aquilo porque eu estou por debaixo de uma capa, capa significa o quê? É uma máscara eu estou dentro daquela máscara. Então eu acho que dentro daquela máscara eu estou protegido, protegido de quê? da vergonha! Porque se eu estou de calça ninguém sabe que eu tenho aquele problema, mas como eu ando mancando... pior que eu estou usando curativo eu vejo os outros olhando pro pé assim, oh! Não olham pra sua cara não! olham pro seu pé, entendeu? (Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos).

O autojulgamento que tem como fruto o sentimento de vergonha se inscreve dentro de normas sociais convencionais, ou seja, aquelas articuladas por convenção entre os próprios sujeitos, considerando que “dentro de um círculo de homens se considera como válida e garantida pela reprovação social da conduta discordante”. (WEBER, 1969), a manutenção se dá sem que exista um grupo de pessoas dedicando-se especialmente, a impor seu cumprimento, uma vez que o próprio indivíduo participa, regula e difunde essas normas.

Segundo Márin (2006, p.302), a vida em sociedade está desenhada em virtude de regras de comportamento, do indivíduo e dos grupos, que estão em parte encaminhadas a alguns fins determinados, mais ou menos claramente, pelos valores sociais e, por um sistema de prêmios e castigos, de maneira mais simples, pode-se afirmar que, as normas sociais são “maneiras de fazer, maneiras de ser e de pensar socialmente definidas e sancionadas”, que nascem dentro do processo de interação em grupo. Esse mesmo autor complementa que o ponto de vista normativo referencia expectativas definidas para regular a interação pessoal, mais ainda, que o objetivo imediato seja o desenho de condutas apropriadas, que também afeta os modos de pensamento e a realidade não aparente.

Uma das características das normas consiste exatamente em ser uma imposição mecânica, um tipo de pressão social que leva a uma antecipação das represálias que o entorno exerce sobre o indivíduo por não cumprir a conduta prescrita (ORTEGAY GASSET, 1981, p.16).

Para ser considerada uma pessoa dita “normal”, a pessoa ferida assimila comportamentos diferentes de apresentação de si para o espaço público, distinto do que se apresenta no espaço

privado – doméstico. No espaço público, não se admite mostrar o corpo, é preciso esconder a lesão, responsável por motivar um suposto julgamento negativo no mundo social. Assim, a performance desempenhada em público será, a todo custo, protegida por parte do atuante com o objetivo de manter sua imagem preservada. E, mesmo estando em espaço privado, quando qualquer personagem da vida pública ameaçar adentrar neste espaço a pessoa ferida manterá a vigilância para evitar que sua imagem pública seja desacreditada.

Eu visto calça pra cobrir as pernas, pra ir pro médico, pra ir para outro lugar longe, ta entendendo... ai eu vou eu tenho as minhas calças guardadas eu lavo minhas calças ai passo deixar guardado, mas dentro de casa eu vivo com roupa normal, entende?(Rosa, 30 anos, ferida há 15 anos).

A ferida me impede de ficar à vontade. Dentro de casa eu visto minha bermuda, mesmo que se eu tiver sem curativo nenhum entendeu, mas se chegar alguma pessoa eu tenho que ir botar uma calça...se o pessoal da igreja chega ou às vezes quando chega qualquer pessoa assim pra concertar alguma coisa eu boto a calça, mas se não chegar ninguém eu fico à vontade (Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos).

Explica Bourdieu (2005, p.85) que a experiência prática do corpo se dá ao aplicar ao próprio corpo os esquemas derivados da assimilação das estruturas sociais que se vê, continuamente, reforçada por reações, engendradas de acordo com os mesmos esquemas, que o próprio corpo suscita nos demais, sendo um dos princípios da construção de cada agente de uma relação duradoura com seu próprio corpo. Para o autor, essa forma de manter o corpo, de apresentá-lo aos demais, explica que há uma distância entre o corpo real e o corpo legítimo, considerando que se trata de uma antecipação prática das possibilidades de sucesso das interações que contribuem para definir tais possibilidades de êxito.

As probabilidades de sentirem-se incômodos em seus próprios corpos podem manifestar-se como mal estar, timidez ou vergonha e são mais intensamente sentidas na medida em que se faz maior a distância entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o corpo, que impõe o olhar e as reações dos demais (BOURDIEU, 2005, p.85).

É então, no ambiente privado o espaço em que a pessoa pode apresentar seu corpo tal como é, sem máscaras, sem disfarces. O espaço das dores, dos curativos, dos odores, da auto-avaliação, da reflexão frente ao espelho, do estranhamento de sua própria imagem, da intimidade do banho, do reencontro com o corpo incompleto, ferido e inaceitável.

Outra forma de adequação às mudanças geradas pela situação estigmatizante refere-se ao “**isolamento social**”, com afastamento de suas atividades. Este isolamento consiste num comportamento que a própria pessoa assume, em função de proteger-se do preconceito. Percebe-se, porém, que tal comportamento é adotado em função de experiências anteriores que os marcaram negativamente. O momento da narrativa os estimula a uma autoreflexão em que os depoentes buscam entender os motivos de seu isolamento, ora atribuindo como ação dele próprio, ora atribuindo-o ao comportamento dos outros.

Eu não sei de ninguém assim que se afastou de mim... eu é que me afastei das pessoas! Eu me afastei de amigos, de amigas de irmãos de vizinhos... eu me afastei de tudo isso! Me afastei de farra, de curtidão, me afastei de praia, me afastei de todas as coisas boas do mundo eu me afastei por causa da ferida. (Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos).

Eu não saio por que eu não gosto, por causa deste problema (o ferimento), eu não gosto. Eu só saio por precisão, por necessidade mesmo. Sei lá, eu acho que não é por causa das pessoas, é mais por causa do preconceito que está comigo mesmo?” (Valdir, 48 anos, ferido há 6 anos).

As circunstâncias que, conseqüentemente, provocam o isolamento, encontram-se alicerçadas no sentimento de vergonha apontado por La Taille (2002). Esse sentimento não pode ser compreendido apenas na ocorrência, ou nas situações de fato que envergonham as pessoas, ele pode também ser sentido pela antecipação de ser sujeito de humilhação ou rebaixamento diante de outros. Esse sentimento é tão dramático e penoso que o sujeito experimenta um desejo de desaparecer (LA TAILLE, 2002). Ao recordarem de suas experiências negativas, mostram-se estimulados a atender uma demanda social externa, e para transitarem neste novo espaço do serviço de saúde, buscam preparar-se para apresentar sua melhor versão.

[...] eu venho de casa pro hospital fazer o curativo, mas antes de sair lavo (o ferimento), chego aqui já com ele limpinho, e exatamente por isso nunca deixei minha perna suja até por que eu tenho medo de moscas essas coisas e depois por causa do preconceito das pessoas ,faz mal às pessoas aí eu me sinto muito mal, muito mesmo! eu acho que aqui, só se tiver alguém que não perceba (o odor) mas, eu acho que é difícil a gente não perceber. (Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos).

As estratégias foram observadas tanto no comportamento das mulheres quanto dos homens, visto que ambos se utilizam do artifício da roupa longa e escura para esconder a ferida;

elaboram histórias, contando que sofreram acidentes ou que portam aparelho de gesso para justificar as bandagens observadas em suas pernas e desistem de participar de situações festivas, lazer e trabalho, evitando o contato social sob a justificativa de que incomodarão aos demais presentes. Os odores correspondem aos sintomas que mais colaboram para esse afastamento, por que faz com que as pessoas feridas estejam sempre preocupadas em não incomodar quem está ao seu redor (HAREENDRAN *et al*, 2005).

Apesar do evidente isolamento, a busca por cuidado os conduz a novos espaços, como os ambulatórios e novas relações. Novos arranjos sociais são observados, podendo advir desta experiência novas amizades, entre pessoas com problemas em comum, que ao interagir e relatar suas histórias, podem dar início a uma fase de ressignificação de suas vidas e alteração de sua identidade. A partir daí, passam a integrar um grupo, o grupo dos portadores de úlceras crônicas. Um dos participantes declara que sua vida não tem muitas alegrias e que sua ida semanal ao ambulatório é uma experiência agradável:

[...]eu fico até feliz quando eu venho pra cá (pro ambulatório), gosto quando eu venho pra cá porque você já tem aquelas amizades velhas ficamos falando... perturbando um ao outro. (Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos).

Integrar um novo grupo, conhecer pessoas, frequentar novos espaços são algumas das situações positivas que a experiência da enfermidade pode obter como ganho secundário.

Uma pessoa que vive por anos com uma enfermidade, obtém dessa condição certas prerrogativas que não podem ser desfrutadas por pessoas “ditas normais”, como por exemplo, ter preferência na hora de ser atendido no banco, ou assento no ônibus, obter tempo livre para o repouso com situação remunerada, receber cuidados dos familiares ou pessoas amigas.

A nova realidade trará, no entanto, sentimentos ambivalentes muito frequentes. Por vezes, as pessoas irão aceitar a ajuda e orientação das outras pessoas que já estão nesta condição de ferido crônico, que ao receberem o novo integrante do grupo, no ambulatório, tratarão de ambientá-lo para o enfrentamento da nova situação, e isso lhe poderá trazer alívio, ao perceber que outras pessoas compartilham da mesma experiência, e não está sozinha. Em outros momentos, se negará a fazer parte desse novo grupo de pessoas, ao ter em mente algumas características nestas pessoas que não admite compartilhar.

Eu estava conversando com alguns pacientes e eles estavam falando que tem pacientes aqui que tem quatro anos(em tratamento), eu disse: meu Deus!!! Eu não vou passar isso tudo aqui não! Eu tenho certeza disso! Não vou! Eu não aceito isso! (Glória, 34 anos, ferida há 3 anos).

Notamos, também, que as pessoas feridas costumam autocensurar-se durante as entrevistas. A narrativa confere oportunidade para a reflexão na qual a censura de comportamentos anteriores se fez presente. Esse comportamento de autocensura é freqüente em pessoas que se tornam estigmatizados em fase avançada da vida (GOFFMAN, 1988). As pessoas já escutaram falar sobre normais e estigmatizados antes mesmo de serem obrigados a assimilar sua própria imagem como a de uma pessoa cronicamente ferida. Isso lhes trará dificuldades em identificar-se e grandes possibilidades de autocensurar-se (GOFFMAN, 1988).

A vivência com a ferida poderá também modificar o modo com que a pessoa vê o mundo que a cerca, elaborando novas interpretações, apoiando-se em outros fundamentos motivadas por experiências novas (ADAM; HERZLICH, 2001). Vejamos a seguir como a depoente analisa mudanças em seu modo de ver as pessoas para além da aparência física:

O lado emocional, eu não olhava isso e hoje o que eu mais olho é isso... é a pessoa por dentro e não por fora, por fora a gente não é nada!!! entendeu? não é nada!.(Glória, 34 anos, ferida há 3 anos)

De acordo com Adam e Herzlich (2001), deve-se atentar para o fato de que as representações da doença não são apenas assimilação do discurso coletivo, e as pessoas não são somente um suporte de representações construídas fora dos sujeitos, mas que a elaboração dessas representações se faz apoiadas em recursos coletivos que são utilizados e modulados distintamente, em função das experiências individuais e dos contextos em que se opera este trabalho interpretativo.

4.4 AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A CAUSA DAS FERIDAS E A BUSCA POR CUIDADOS

O conteúdo das representações sobre o corpo ferido, nesta pesquisa, alerta sobre questões importantes a serem pensadas no espaço de cuidado. Uma delas é sobre o leque de possibilidades que a escuta das narrativas proporciona, uma vez que conduz a algo mais que conhecer como pensam as pessoas, senão como articulam suas medidas de cuidado, o contexto em que estão inseridos, os personagens que os apóiam em seu entorno, assim como a classe social que ocupa, define o acesso aos serviços, o nível de compreensão das orientações recebidas, dentre outros aspectos não menos importantes.

É essencial ter em mente que uma pessoa possa produzir mais de um tipo de explicação sobre sua enfermidade, porque seu conhecimento é sempre recorrente e processual (MERCADO-MARTÍNEZ *et al*, 1999). Este conhecimento é adquirido em diversos espaços em que se busca atenção médica e de outros profissionais, mas também, em grande parte advém de conhecimentos construídos nas interações com familiares, vizinhos, amigos que ao longo da experiência de adoecer da pessoa ajudam a construir um diagnóstico, bem como determinar uma terapêutica para tal.

As explicações que as pessoas adotam para a sua doença estarão mais ou menos coerentes com as explicações médico científicas, quanto mais estes forem informados, orientados e influenciados pela comunicação dentro dos sistemas terapêuticos de cuidado. Em síntese, as pessoas feridas darão explicações mais próximas das explicações médicas quanto maior forem as informações fornecidas a elas, durante o cuidado nas unidades de saúde, mostrando que a construção dos significados, embora sejam operadas em coletivo, tem lugar na forma subjetiva e particular de perceber a experiência, revelando como algo problemático ganha sentido.

na medida em que é afirmada como real para os membros ordinários da sociedade. É real porque é justamente originada no mundo do senso comum. [...] É importante lembrar que todo significado só é lógico para o indivíduo porque é socioculturalmente legitimado pelos seus semelhantes.(ALVES, 1993, p.269).

Neste estudo, as/os participantes atribuem a existência da ferida a causas gerais como o trauma, infecções da pele ou doenças como anemia e artrose. Tal fato demonstra que o grupo tem

um conhecimento limitado sobre seu problema e parece desconhecer as reais causas das úlceras vasculares, denotando que recebem pouca ou nenhuma informação a respeito. A compreensão de que as lesões sejam consequentes de falhas circulatórias que possam estar atreladas a outras condições físicas de saúde como a hipertensão e o diabetes, ou a hábitos de fumar, por exemplo, raramente aparecem em seus discursos.

Vejamos a narrativa a seguir: a depoente atribui seu ferimento ao aparecimento espontâneo de uma pequena bolha. Observa-se que, enquanto relata, a participante expõe sua percepção sobre a evolução da ferida, usando parâmetros de gravidade e intensidade, como um problema que se inicia pequeno e cresce progressivamente, até que se classifique dentro de um valor do sistema médico, assimilando um diagnóstico.

Apareceu um carocinho aqui (aponta para a perna ferida) e desse carocinho virou uma feridinha. Dessa ferida quando descobriu o que realmente era já estava uma ferida bem...bem grande mesmo, bem profunda. Eu nunca ia imaginar que era uma úlcera varicosa!”(Glória, 34 anos, ferida há 3 anos)

Também se avalia de acordo a permanência, persistência e duração do problema. Este outro depoente alega que sua perna inchou de repente, sem explicação, e ao permanecer trabalhando o problema persistiu, necessitando buscar ajuda e internar-se:

A perna começou a inchar, também não fiquei de repouso eu continuei trabalhando, eu trabalhava pra mim, aí começou a inchar... começou inchar... Eu fui ao médico, o médico chegou me transferiu pra “Hospital X”.(Marcos 56 anos, ferido há 2 anos).

Esse outro depoente, já atribui o surgimento da ferida a causas místicas, relacionadas às crenças de sua mãe:

Esse problema começou quando eu tinha 15 anos de idade, infelizmente! Minha mãe quando era nova costumava andar no meio desse negócio, de candomblé, ela gostava um pouco, e aí quando eu fiz, em 79... eu sentir um negócio de uma água descendo, começou a descer aquele água pelo pé.(Cláudio 44 anos, ferido há 20 anos)

A falta de informações sobre os riscos leva as pessoas a minimizar as consequências do ferimento, quando ele surge, e retardar a busca por um cuidado profissional, enquanto isso costumam adotar práticas diversas de cuidados, desde o uso de ervas, antibióticos ou a recorrer a

benzedeiras. O que se pode perceber é que, se o modelo explicativo da causa da ferida, adotado pela pessoa, está pautado em idéias místicas, mágico-religiosas é provável que utilizará o mesmo sistema de referencia para os cuidados a serem adotados. Vejamos a história dos depoentes a seguir:

Tudo começou assim como uma picada de inseto, eu pensei até que foi uma muriçoca uma coisa assim, mas só que criou uma bolha pequena e encheu, eu estourei com a unha, ela aparentemente sumiu mas só que uns dias depois eu senti a perna ficando quente então quando eu fui olhar, então deu uma “vermelha” e essa vermelha eu tive cuidado, mandaram eu rezar, tomei uma “benzetacil” mandaram que rezasse que ficaria bom e eu fiz, só que no lugar onde a bolinha estourou ficou com um cascão em cima e o casco nada sem querer sair e um dia eu peguei o dedo e enfiei, quando eu enfiei em cima ele entrou eu aí comecei a quando eu fui ver dentro já estava corroído uma boa parte foi aí que eu procurei o hospital” (Jonas, 58 anos, ferido há 2 anos)

Essa ferida minha começou foi praticamente um acidente, eu cavando a enxada veio e bateu num pedaço de pau que estava por debaixo da... ela era assim tipo uma enxadeta quando eu acionei ela ela bateu na madeira deslizou e aí eu não sustentei ela bem e cortou o meu pé aqui nessa região aí começou daí, aí naquele bom tempo lá no interior tava distante aí botaram nódoa de banana, pó de café pra estancar o sangue” (Roberto 60 anos, ferido há 3 anos).

A seguir outro participante também expõe sua experiência, demonstrando que mesmo conhecendo seu problema circulatório, retardou em buscar o cuidado. Neste estudo, tal atitude mostrou-se mais comum nas experiências dos homens do que das mulheres. Os homens retardam a busca de ajuda profissional, primeiro por que adotam o sistema de cuidado que já desenvolveram a partir de experiências prévias, com base em suas próprias crenças, usando os recursos dos quais dispõem. Em segundo lugar, por que a ferida é um evento inicialmente interpretado como sintoma de pouca importância, e por último, por estarem presos ao trabalho e temer o afastamento. No caso das mulheres, por estarem presas a suas atividades domésticas como cuidar da casa, dos filhos, e trabalhar.

Oh Meu Deus! Será que eu vou ficar boa? Por que às vezes eu me cuido tanto....eu estou vendo melhor. Bem eu não falo antes, mas depois que meu marido adoeceu nunca mais fechou (a ferida). Eu deixei de cuidar de mim por causa dele. E tudo eu me aborreço, com meu filho mesmo se tenho algum problema aí mexe com o estado emocional. (Eliane, 58 anos, ferida há 30 anos)

Eu fui pegar uma carona e aí foi que o saco de gelo bateu na minha perna e no que bateu na minha perna ficou aquele cascãozinho como eu já tenho esse problema de circulação, eu não liguei depois de uns dez dias mais ou menos aí foi abrindo aí eu não fui ligando pensei que era uma feridinha normal e até hoje estou aí nesse sofrimento há oito anos já (Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos).

Esta ferida começou quando eu morava no interior, como eu tinha muitas varizes aí tinha umas pintinhas eu coloquei remédio e fechou. Aí quando eu fiquei grávida de minha filha que tem hoje 26 anos aí encheu de vasos, varizes, meus pés incharam e ficaram cheio de varizes, tive urticária na perna aí sarou, daí apareceu uma ferida maior eu passava remédio sarou, não passava pomada nem nada sarou. Eu vim pra Salvador há uns quatorze anos, fazia faxina, lavava roupa aí apareceu uma feridinha eu não liguei eu fazia o tratamento em casa mesmo, tudo o que as pessoas ensinavam a gente “ pozinho de aroeira”, “lave com malva branca” eu fazia tudo o que o pessoal mandava, fechava e tornava a abrir, quando eu ia pro trabalho eu não tinha repouso também . Fechava ficava bem pequenininha, fechava, eu não liguei...eu penso que se eu tivesse ido logo no médico, procurado o médico , tivesse acompanhamento talvez eu não estivesse neste ponto.(Eliane, 58 anos, ferida há 30 anos)

Após a inserção dos mesmos no serviço de saúde, identifica-se que os diversos sistemas terapêuticos: o sistema médico, o culto religioso e o curandeiro estão conjugados nas estratégias de cuidados. Estes são acionados na busca por reparação da integridade corporal. Nessa busca, as pessoas podem conciliar práticas que transitam entre dois ou mais sistemas. A convivência entre estes sistemas não é incompatível, e também, mostra-se incentivado por pessoas com as quais os pacientes se relacionam. No geral, os profissionais costumam suspender as práticas advindas de sistemas externo ao sistema médico, em desconsideração às práticas populares de cuidado. Uma vez que ocorra o confronto das crenças, pode haver menor adesão do paciente ao tratamento ou um descrédito nas medidas tomadas por parte dos profissionais de saúde.

A confirmação do diagnóstico de úlcera crônica inicia o que Goffman (1963) denomina de “carreira moral”, onde os enfermos aprendem que são diferentes e, ao mesmo tempo, proporciona aos “normais”, informações suficientes para desabilitá-los e isolá-los.

Vale assinalar que o pluralismo de perspectivas de cuidados deriva das condições socioeconômicas do grupo, em que o acesso à medicina oficial se encontra restringida por limites dos serviços de saúde situados nas áreas mais pobres do município, além da eficácia dos tratamentos de feridas estar embasada em produtos caros de acesso difícil por parte dos doentes das camadas populares, por escassez de recursos, sendo que na rede pública de saúde, tais

terapias encontram-se disponíveis apenas na unidade especializada. Para estas questões apontam as reflexões de um dos adultos entrevistado:

[...] fui pro Ernesto Simões passei lá uns dois dias internado eu passei a noite toda no soro depois de dois dias me deram alta,... eu olhava pra meu pé eu só via a veia, essa sola do meu pé aqui saiu toda, a sola do nosso pé aqui grossona ninguém tinha coragem de fazer esse curativo em casa era eu mesmo que fazia, muita arueira que eu banhava com arueira e tomava medicamento, tanto que eu tenho um remedinho que eu tomava três quatro vezes e agora é caro, deu infecção ai foi que eu passei mais ou menos 3 ou 4 meses em casa só de perna pra cima [...] (Roberto, 60 anos, ferido há 3 anos)

Muito embora se possa apreciar que aqui os condicionantes sócio-econômicos sejam cruciais, estes, por si só, não explicam a pluralidade de estratégias terapêuticas acessadas pelos doentes. Alguns dos participantes relataram, durante a entrevista, sobre seu descontentamento com a atenção profissional, recebida nos diversos serviços que transitaram, levando-nos a inferir que a falta de confiança e descrédito, das práticas profissionais, também, podem estar envolvidas na motivação da pessoa em retardar a busca por cuidado nas unidades de saúde. Observemos o que diz o participante:

O custo também da gente vir pra aqui toda semana, acordar cinco horas da manhã, quatro horas da manhã,, (silêncio) isso deixa a gente muito triste, muito descaso... tem pessoas também que às vezes não procura o médico. Quando eu pedi ao doutor... me esqueci o nome dele! Que acompanhava a gente eu fui pedir a ele pra mim marcar uns exames, sabe o que ele respondeu? Ah! Sr. Roberto esse caso de você fazer exame é com o médico clínico. Eu disse: oh doutor eu estou fazendo o tratamento do pé estou dentro do hospital e o senhor não pode me dar uma requisição pra eu fazer uns exames? Ele disse: quem marca exames pra vocês é o médico clínico; Parei! Parei!(surpreso)
Veja eu estou dentro do hospital fazendo curativo mas eu quero fazer um exame tenho que procurar um médico clínico, ai quando eu insisti ele me deu, reclamando! Eu fui fazer o exame chegou aqui o aparelho estava quebrado ah! Sr. Roberto esse exame aqui o senhor vai fazer com 60 dias, ai eu fui paguei uma taxa, fiz os exames fora cheguei aqui nunca mais apareceu o doutor, foi naquela vez que mudou, entrou o outro governo. Esse tipo de coisas também incomoda. Como é que eu estou dentro do hospital fazendo tratamento marco o médico aqui, eu vi gente marcando médico ai pra quarto meses! Essas coisas incomodam e as pessoas às vezes, ficam em casa banhando com arueira, banhando com entrecasco de caju, ouro branco, banhando com isso, banhando com aquilo botando não sei o quê, e termina se afastando do tratamento, como

aconteceu comigo não vou mentir eu fiquei em casa, e com outras pessoas...curandeiros.(Roberto, 60 anos, ferido há 3 anos)

Constatou-se que o auto cuidado é mais comum que o tratamento oferecido por profissionais de saúde, existindo um sistema de saúde oculto que proporciona ajuda, cuidados e guia a busca por ajuda profissional, denotando que o processo de saúde/enfermidade envolve uma série de tomada de decisões que compreende várias etapas em que o contato com o profissional é apenas uma delas. (DE LA CUESTA-BENJUMEA, 1999). Sendo mais freqüente a busca de ajuda profissional face às situações que não se pode mais manejar. Assim, as pessoas avaliam os sintomas, em seguida os classificam como mais ou menos graves e, ao final, decidem sobre que tipo de ajuda buscar.

Em seu estudo envolvendo mulheres na interpretação de sintomas, De la Cuesta – Benjumea (1999) encontrou uma característica importante no comportamento das participantes. Ela observou que a busca por ajuda profissional também é determinada em parte por uma falta de explicação do sintoma, ou seja, enquanto a pessoa consegue explicar o que lhe ocorre, parece existir uma padrão de cuidados a seguir. No momento que a explicação dos problemas não é mais possível, ou estes se enquadram em classificações de piora, é o momento de buscar a ajuda do profissional.

O encontro da pessoa enferma com o profissional encontra-se entremeado por um discurso médico que, pouco a pouco, se mescla com o discurso do saber popular sobre a doença. Nota-se um discurso mediante o qual as pessoas são dirigidas a uma espécie de combate, de luta contínua em que é necessário estabelecer um comportamento que se opõe à aceitação de sua condição de enfermo, uma vez que aceitar-se doente significa abandonar o campo de batalha, entregar os pontos, se reconhecer com uma nova identidade, mostrar-se fraco ou covarde.

De acordo com Sontang (1996), as enfermidades são consideradas em termos bélicos em varias situações e citações médicas, então, é comum se referir a “ataques cardíacos”, “ataques asmáticos”, “invasões sépticas”, os medicamentos são referidos como “armas terapêuticas” ou “arsenais farmacológicos”, ou “bombas de cobalto” como “poderosos aliados” ao combate de um inimigo, a doença.

Tais idéias conduzem as pessoas a estados persistentes de busca por competência para vencer (aqui uso outro termo bélico) a doença, mas também podem conduzir a estados de negação da doença ou de depressão, o que impediria aos mesmos assumir novas dinâmicas de

relação com o corpo ferido, uma nova forma de vida. O fato de haver um discurso de metáforas bélicas na saúde fundamenta o pensamento de que, aceitar a doença, ou seja, a condição de enfermo, seria admitir que falhou, dentro de uma lógica mecanicista na qual todos se vêem como um corpo máquina que pode ser reparado.

Dentro da concepção do corpo humano como máquina, a doença é vista como mau funcionamento de suas engrenagens biológicas. Os profissionais buscam intervir para *consertar os danos* de uma determinada peça danificada, agem influenciados por essas idéias herdadas do cartesianismo, o que, segundo Lucena *et al.* (2006), os fazem perder de vista o indivíduo como ser humano produzindo análises reducionistas, incapazes de fornecer uma compreensão ampliada e profunda dos problemas das pessoas.

A assimilação de conteúdos dos discursos médicos e da visão mecânica do corpo, na fala dos usuários, foi percebida durante as entrevistas, nas quais as/os depoentes expressaram: *“agora se a ferida é em outro local a não ser no pé...por que é três ferramentas que a gente tem no corpo: primeiramente as vistas, segundo os pés pra andar e terceiro a mão”*(Marcos, 56 anos, ferido há 2 anos).

Tais narrativas denotam que entre profissionais e pessoas cuidadas se entrecruzam imagens, conceitos e idéias que reformulam e ao mesmo tempo reforçam a representação do corpo como máquina para o trabalho, e conseqüentemente, também fortalecem a idéia de corpo inútil, daqueles que se encontram cronicamente feridos.

4.5 IMAGENS E REPRESENTAÇÕES SOBRE O CORPO FERIDO

Na atualidade, o corpo se apresenta como o símbolo através do qual as pessoas são avaliadas quanto à qualidade de sua presença, e mediante o qual ostenta a imagem que pretende dar aos outros. O corpo é hoje um motivo de apresentação de si (LE BRETON, 2003). Por isso se busca apresentar o corpo na sua melhor forma possível. Assim como ocorre com pessoas que buscam modificar o corpo com cirurgias plásticas, as pessoas buscam eliminar as feridas, as marcas negativas do corpo, sinais da classificação inferiorizadora de si.

Analisando os motivos pelos quais as pessoas buscam a cirurgia plástica, Le Breton

(2003) assinala que, “ao mudar o corpo, o indivíduo pretende mudar sua vida, modificar seu sentimento de identidade [...] dispensando um corpo antigo, mal amado, a pessoa goza antecipadamente de um novo nascimento, de um novo estado civil”. (LE BRETON, 2003, p.30). Esta perspectiva de uma vida nova é percebida nas narrativas das pessoas feridas, que buscam um novo corpo, um corpo cicatrizado, um corpo aceitável, um corpo apresentável para avaliação social, normativa e classificatória, que confere ao corpo íntegro um status mais elevado que ao corpo ferido, ao corpo modificado pela enfermidade.

Dentro das relações sociais, o corpo enfermo estaria hierarquicamente inferiorizado, o que o coloca em termos de menor capital simbólico, desqualificado para as trocas entre grupos que não sejam de seus iguais. O corpo ferido então deverá transitar em espaços pré-destinados, comportar-se com discrição, esconder-se, guardar-se da vida pública sob o risco de ser rejeitado.

Ser uma pessoa que vive com uma ferida crônica implica pertencer a um grupo específico, um grupo de referência com um *habitus* particular (BOURDIEU, 1998). Admitir a existência de um *habitus* representa admitir que existe um dispositivo regulador das práticas, é ter consciência de que, como seres humanos, somos dotados de uma liberdade limitada e, a partir desta, podemos dotar-nos de universos de referência alternativos. Ou seja, estamos previamente condenados a ser capazes de pensar, atuar, e sentir de determinadas maneiras e incapacitados para fazê-lo de outras, mas esse condicionamento é exatamente o espaço que permite à pessoa adotar escolhas particulares ou muito distintas/disparas. (FERREIRA, 2005).

A ferida é uma marca de identificação com um grupo, mas ao contrário da tatuagem, da escarificação voluntária ou do piercing, a ferida é uma marca identificatória não reivindicada que se pretende esconder, eliminar, e esquecer. O corpo ferido crônico faz com que seu dono perca o controle sobre si mesmo, assim torna-se o corpo, algo que não se pode manipular conforme sua vontade. O corpo mostra-se então, insuficiente para representar a sua identidade pessoal.

Portar um corpo ferido que não atinge a cicatrização remete a pessoa à experiência de estigmatizado. De acordo com Goffman (1988), o termo estigma foi criado pelos gregos para mencionarem os sinais corporais, através dos quais se buscava exibir algo de mau ou pouco habitual sobre o status moral de pessoas que os apresentavam. Segundo o autor o estigma é utilizado para referir-se a um atributo depreciativo, entendido como “falha”, “defeito” ou “desvantagem em relação ao outro” e a pessoa estigmatizada é aquela que apresenta "uma

diferença indesejável”⁴.

Para Goffman (1988), a sociedade estabelece categorias que buscam enquadrar os indivíduos, definindo os atributos necessários para o ingresso em cada uma das categorias, delineando a identidade social dos mesmos. Nessa perspectiva, se criam expectativas de como devem ser os indivíduos, ou seja, em que categorias eles devem se encontrar. Tudo isso acontece sem que percebamos, até o momento em que as expectativas sociais de categorização dos indivíduos deixam de ser preenchidas (GOFFMAN, 1988).

Para esse autor, existem duas identidades: uma *identidade social virtual* e outra *identidade social real*, sendo a primeira relativa à categoria e atributos que são imputados aos indivíduos, em termos de atender às expectativas sociais, e a segunda se refere à categoria e atributos que eles provam possuir. Dito de outro modo, a *identidade social virtual* estaria vinculada ao que se presume que os indivíduos sejam, e a *identidade social real* estaria vinculada ao que de fato os indivíduos são, de modo que, o que eles são possam ser comprovados, constatados sem refutação. Em muitas situações, a imagem social criada em torno de um indivíduo pode contrariar ou não corresponder à realidade.

Buscando não contrariar as expectativas sociais, as pessoas cronicamente feridas assumirão comportamentos voltados a omitir informações que os coloquem em posição de pessoa desacreditada e desvalorizada.

Evitando que sua imagem seja associada à imagem do grupo de pessoas que ela de antemão também percebe como inferiorizadas, a pessoa cronicamente ferida poderá, por um tempo, se negar a participar de grupos que o identifiquem por sua frequência no mesmo, assim poderá buscar mudar de serviço para evitar a associação de sua imagem àquele grupo de pessoas feridas que frequenta dado serviço, adotando um comportamento nômade dentro dos serviços de saúde ou mesmo fora dele.

Um participante revelou tal estratégia quando, em seu bairro, um morador que era trabalhador da saúde relatou a um grupo de amigos durante um jogo, que ele (o depoente) frequentava o serviço de saúde a propósito de tratar a ferida crônica. O impacto em ter o estigma da ferida relacionado à sua imagem social no bairro foi tão forte que ele adotou a medida de mudar sempre de residência para evitar que as pessoas conhecessem sua história, relacionada ao aspecto que considera como mais negativo de sua vida (a ferida).

⁴ Grifo do autor

Às vezes as pessoas ficam falando: olha aquele rapaz desde que chegou aqui é doente, todo tempo está sempre doente. Alguém chega e me conta, né? Ai na área em que eu me tratava, agora estou aqui é até gente conhecida que trabalha no Estado e ele gostava de falar do meu nome no meio dos colegas. Ele dizia assim, tá vendo aquele cara ali? Aquele rapaz é doente, ele se trata lá onde eu trabalho. E eu nem sabia! E ai, alguém um jovem que tava lá jogando dominó com eles, ai veio e me contou, quer dizer quando a pessoa pensa que tem uma amizade segura só vai passar constrangimento[...] E eu é o seguinte.... eu já tive muitas casas, entendeu? Eu não sou muito de demorar muito num mesmo lugar não. Eu estou ficando aqui de repente eu já estou vendendo, entendeu? É um sistema que eu tenho, (Cláudio, 44 anos, ferido há 21 anos).

Esconder-se quando alguém chega à sua casa, omitir-se de atender a porta, fazer de conta que não está, não atender aos chamados, assim como mudar do lugar que reside, consiste numa estratégia para evitar que um número maior de pessoas atrelem seu problema à sua história, sua biografia, pois, limitando a continuidade da vivência com as demais pessoas limita as possibilidades de ter seu problema exposto. Segundo Goffman (1988), essa estratégia se dá de modo intencional ou não intencional e visa restringir ao máximo o número de contatos que associem a imagem da pessoa estigmatizada ao seu estigma.

A relação com o corpo é ambígua, uma vez que ele é entendido como objeto, então o corpo é representado por algo que se possui, e também se inscreve como sujeito. Desse modo, ao mesmo tempo o corpo é algo que se tem e algo que se é. Ou seja, o corpo é algo que temos e que somos ao mesmo tempo (MARZANO-PARISOLI, 2004). Desse modo, corpo e pessoa são inseparáveis.

Esta ambigüidade do corpo objeto versus corpo sujeito é bastante perceptível na experiência da enfermidade. Visto que a enfermidade é uma experiência que recorda às pessoas o quanto elas são seres carnis, uma vez que se experimenta a doença quando o corpo está doente, e é através da doença que o corpo manifesta o sofrimento. Marzano-Parisoli (2004, p.82) alerta que “não há simplesmente uma dor que toca nosso corpo, pois somos nós que provamos a dor e sofremos através de nosso corpo doente”. Este aspecto foi considerado nas narrativas das/os participantes, como vemos a seguir:

Antes eu me achava tudo...por que eu sempre me sinto podre...e a gente não é nada né, uma feridinha dessa oh! como muda a vida da pessoa imagina uma coisa muito mais grave...então a gente não é nada, a gente julga às vezes tanta coisa...na vida, por esse lado aí eu achei ...pra minha vida espiritual melhorou bastante por que hoje eu vejo as coisas de outra forma, não como eu achava antes ...por que antes pra mim tudo era a beleza física, eu via muito a física eu

não olhava a parte espiritual, entendeu?(Glória 34 anos, ferida há 3 anos)

Ao se deparar com essa perspectiva carnal, perecível e frágil, a pessoa enferma reflete sobre si mesma, sobre suas ações discriminatórias em face de outras pessoas igualmente enfermas ou que não estejam dentro dos padrões estéticos exigidos pela cultura, e busca desconstruir tais estereótipos, como também fortalecer-se para o enfrentamento da doença, alimentando as outras dimensões, principalmente a espiritual.

A enfermidade provoca uma tomada de consciência sobre a existência de um corpo. Enquanto se está saudável, o corpo é algo imperceptível. Na medida em que algo incomoda, fere, dói, altera, modifica o corpo, ele passa a ser percebido, sentido, tornando-se foco de preocupações da pessoa, que passa a almejar o regresso à integridade do corpo. E, de corpo silencioso e imperceptível à experiência encarnada do corpo ferido passa a ser a de um corpo hipervigiado.

Afirma Ferreira (2005), que a ciência médica estabeleceu padrões para a constituição e funcionamento do organismo humano, cabendo a cada pessoa, cumprir esses padrões para ser qualificado como “normal”, como por exemplo, estar mais ou menos gordo, mais ou menos magro, ser mais ou menos alto, mais ou menos baixo, dentro desses limites estabelecidos e assim sucessivamente, pode ser considerado “normal” por que a medicina assim tem designado. E dessa maneira, foram originados padrões para catalogar os seres humanos como ajustados às normas, sendo por isso considerado **saudáveis**, ou desviados da norma, e assim considerados **enfermos**.

A partir de tais considerações, o corpo ferido é então classificado como desviante, desajustado à norma, portanto, um corpo enfermo, e segundo as normas sociais impostas pela medicina, como um corpo inapto para realizar as funções de um corpo “normal”. A assimilação dessa representação do corpo terá diversas implicações para as pessoas feridas, conduzindo-os à experiência do estigma, e também fomentará atitudes dos profissionais do cuidado, no sentido de encaminhar as pessoas sempre em direção à cura, na tentativa de devolver-lhes a integridade e ajustá-los à “normalidade”.

Enfermeiras, médicos e demais profissionais são executores de práticas que delimitam o sentido de *habitus* (BOURDIEU, 1998) da pessoa com o corpo cronicamente ferido. Suas representações e atitudes/práticas é que vão configurar o *campo* em que as pessoas cronicamente feridas serão inscritas como enfermas e onde entrará em jogo o *capital simbólico*. Sob a premissa

de um corpo danificado, defeituoso, desviado da norma da saúde, as práticas dos profissionais definem um sentido próprio que delimitará a lógica do campo, entendendo o corpo como potencialmente ajustável às condições das normas de saúde, devendo ser sempre manipulado com intenção de reduzir seu desvio. Assim, neste campo se originam as promessas de salvação, e, conforme sugere Ferreira (2005), junto com as promessas e ilusões entra em jogo o valor simbólico de capital, o da legitimidade, ou seja, o de possuir um corpo íntegro, um corpo legítimo, um corpo dentro da norma.

A história do padecimento (*illness*) não se encontra nos arquivos ou registros médicos dos prontuários, tampouco nas histórias dos profissionais de saúde, e as informações obtidas por meio de levantamentos, escalas, questionários e check list não dão conta dessa realidade. Estes tipos de registro referem apenas sintomas, curso da doença e prognóstico. Segundo Mercado (2000) tais registros tem estrutura, perspectiva, tom e argumento próprios, mas, não guardam em si a voz de quem padece, contém somente a perspectiva dos profissionais de saúde sobre a lesão e seu tratamento.

Conhecer tal realidade desafia aos profissionais, seja vinculados à assistência ou à carreira acadêmica, a repensar sobre que tipo de informação interessa a uma assistência integral e humanizada.

Este estudo mostra que a representação do corpo cronicamente ferido dá acesso à experiência de estigmatizado. Este aspecto foi apreendido das narrativas deste grupo estudado, por meio dos relatos, bem como dos desenhos e associações livres de palavras, onde percebeu-se que tal experiência é singular de cada participante, no entanto, estão nelas contidos comportamentos comuns que buscam adequar sua imagem corporal às rígidas normas sociais.

A seguir se apresentará as Representações Sociais das pessoas feridas sobre seu corpo. O corpo assume a centralidade das interações sexuais, a apresentação do corpo configura-se como o aspecto que inicialmente alimentará ou limitará os primeiros encontros e, ainda, a estabilidade destas relações estará vinculada aos sinais de melhora e cicatrização da parte ferida do corpo.

Existe uma trama discursiva que produz “verdades sobre o corpo”, sobre o que somos ou que julgamos ser através destas imagens do corpo. Segundo Goellner (2008), os corpos não são, nem somente matérias, nem tampouco somente discursos, mas discursos encarnados que operam controle, vigilância, enquadramento, fixidez de imagens e papéis a desempenhar. A todo o momento nos deparamos com discursos e práticas que investem sobre nossos corpos, incitam

nossos desejos, produzem nosso imaginário, numa sociedade em que corpos são tornados espetáculos.

Face à corrida em busca de um corpo jovem, um corpo objeto de consumo, um corpo para o trabalho, um corpo belo e altivo, um corpo hermético e inatingível, um corpo desejável e desejante, o que seria então um corpo ferido dentro desse coletivo de imagens que ressalta a busca por padrões de corpos pautados em elementos cada vez mais rígidos e difíceis de atender?

A afirmação um tanto pessimista de Válerly (1974) de que na maioria das vezes a linguagem expressa pelo corpo é o sofrimento parece se confirmar com as representações sobre o corpo ferido, das pessoas participantes deste estudo, uma vez que a condição crônica de estar ferido distancia-se cada vez mais o corpo que se tem do corpo que se idealiza, provocando sentimentos contraditórios e autodepreciativos.

Após a categorização dos discursos, emergiram sete categorias sobre o “corpo ferido”. São elas: o corpo ferido é um estranho que promove sofrimento; o corpo ferido é um corpo constantemente vigiado; o corpo ferido é rejeitado; o corpo ferido é isolado e dependente; o corpo ferido é vulnerável à violência; o corpo ferido exige cuidado especial; e, o corpo ferido é um corpo em luto.

O corpo da pessoa ferida é um corpo recém descoberto para seu portador, um corpo que se apresenta mediante a expressão de suas imperfeições, suas carências, desordens e mal estar. Sempre retratado negativamente, o corpo ferido aparece como expressão de dor, sofrimento, um corpo desfigurado e rechaçado. Um corpo indesejável ou escondido. Um corpo estranho, mas nunca esquecido, ao contrário, sempre presente, vigiado e sujeitado às práticas de recuperação para voltar a ter um corpo desejável e legítimo. A seguir, apresentaremos e discutiremos cada uma das categorias encontradas.

4.5.1 O corpo ferido é um estranho que promove sofrimento

Capaz de revelar a própria história humana, sua transformação, privações e sentimentos, o corpo é testemunho de padrões de vida real. Nada melhor que o corpo para traduzir-se em linguagem sensível à sua própria experiência. Desse modo, neste tópico destaco um pouco da

linguagem não verbal, percebida nas entrevistas, ressaltando que tais impressões constituem imagens que eu, como ser social e, também, mediado por uma linguagem estruturada e estruturante, fabrico e transformo representações que ora tomo não como representações das pessoas feridas, senão como representações minhas sobre o que expressam tais pessoas e que interpreto como **suas** “representações”.

Os/as participantes referiram que viver com um corpo ferido lhes provocava desde sentimentos de medo, tristeza e desânimo, como aspectos ainda mais complexos, como a angústia, depressão e a vontade de morrer. No relato desse padecer, o sofrimento se torna visível aos olhos através dos gestos que se escapam, mãos que se contraem, palavras que se ocultam, lágrimas que não se podem conter, horas de choro que altera a respiração. Após esse momento, é necessário recompor o corpo, um corpo em momento de desabafo, testemunha de dúvidas, carregado de inquietudes, interrogações, ira, autodesprezo, desencanto, medo e um misto de esperança e desesperança. Uma história do corpo que se reconstrói mediante a narrativa, que se faz lembrar faces e vozes, um corpo dotado de lembranças e sentidos. Como investigadora, assisto à recuperação da história de pessoas, em corpos, que já experimentaram a vontade de se abandonar.

A narrativa sobre o corpo não apenas descreve um corpo, mas um ser complexo dotado de memória, imagens e sentimentos, oportunizando conhecer pessoas e suas histórias de vida. Ao decifrar as dores do corpo do outro, sinto uma espécie de impotência diante de situações que não posso interditar, mudar. Desse modo, é importante ter claro que escutar as narrativas sobre o corpo pode conduzir-nos a uma reflexão que nasce do encontro de subjetividades entre quem investiga e quem é investigado, alterando as formas de ver a realidade objetiva do encontro e do que se expressa nas próprias narrativas.

Numa dessas manhãs em que volto ao ambulatório em busca de pessoas que possam participar do estudo, encontro uma jovem na sala de estar, sua aparência é frágil (minhas representações), emagrecida, braços finos, pele negra, roupa folgada, sentada sobre um banco de pedra, posiciona-se de pernas cruzadas, veste calça, traz os cabelos soltos, o olhar é vago, parece não pensar em nada. Ao ser interpelada por mim, aceita prestar seu depoimento, nos dirigimos ao consultório, e Marília⁵ já entra apresentando-se trêmula e com a voz embargada.

⁵ Todos os nomes que aparecem no corpo do trabalho são nomes fictícios escolhidos aleatoriamente com o intuito de preservar o anonimato das/os participantes, conforme recomenda a Lei 196/96.

Marília é uma jovem de 32 anos, vive com a mãe, nesta trajetória de enfermidade já passou por diversos ambulatórios. Um destes para tratar a anemia falciforme, outro para tratar a ferida. Dois internamentos nos hospitais públicos todos motivados por complicações. Outro por um abortamento espontâneo; o pai de seu filho viajou, o relacionamento foi interrompido. As lágrimas de Marília se fazem presentes. Percebo que ela esperava por isso, guardava algo que quisesse dizer para si mesma, recordar quem é, o que passou, quem pretende ser, que espera o que tem que enfrentar. Ao falar sobre sua ferida expressa uma história que lhe é particular, mas ao mesmo tempo uma história comum a muitas outras mulheres que ali buscam o cuidado:

Isso me tira a capacidade de viver, sabe! Tem dias que eu já pensei... (hoje em dia que eu já não penso) em...entre o desespero todo eu não penso em me matar, mas eu já desejei muito de tirar minha vida, assim pronto! Porque tem hora que eu olho pra mim eu vejo uma mulher com 32 anos que não vive eu vegeto! (Marília, 32 anos, ferida há 4 anos)

Outro dia encontro Alberto, um jovem atlético, trabalha como “Bar-man” (fabrica drinks nas festas populares de Salvador), possui feridas em ambas as pernas, necessita trabalhar em pé, vive com sua companheira numa casa que ele mesmo construiu. Ao ser convidado a participar do estudo, ele não pára de falar, mal consegue respirar ao tentar aplicar o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Ele diz que quer morrer, levanta as pernas da calça, mostra suas feridas, chora e fala ao mesmo tempo. Sinto como se ele estivesse a ponto de explodir em convulsão; seu corpo fala, se movimenta, gesticula, seus gestos são bruscos e desesperados, coloca as mãos na cabeça, queixa-se que está cansado do ambulatório, cansado de esperar, de fazer curativos todos os dias, diz que sua vida é um desastre que usa uma máscara, que aquele não é ele, que ele gosta de vestir short, ir á praia, tomar cerveja, brincar no mar, andar de moto e passear. Revela-se aí uma pessoa que não se reconhece em seu corpo, desabafa:

Eu não agüento mais!!! Dá vontade de desistir, xingar, xingar, ou se matar logo, se jogar do elevador Lacerda embaixo.(Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos)

Ambos experimentam a perda do sentido da vida, a partir do estranhamento do próprio corpo e um conflito de identidade. O padecimento do corpo, quando persiste, pode levar a condições extremas de sofrimento psíquico. A maioria dos depoentes expressa que, em algum momento de suas vidas, pensou em por um fim em si mesmo para acabar com o sofrimento que

as feridas lhes provocam. O que os impediu foi a esperança em alcançar a cura e a aproximação com a fé, a busca por uma harmonia espiritual capaz de fornecer-lhes recursos internos para continuar buscando cuidado e manter a própria vida.

A experiência da dor física obriga a pessoa a concentrar todas as suas atenções no corpo e a identificar-se com ele, ainda que a reação mais imediata seja a de abandonar o corpo para não mais sofrer (MARZANO-PARISOLI, 2004).

*Antigamente eu pensava besteira sabia? Pensava...**pensava mesmo em me suicidar**, passou por minha cabeça. Meu irmão mora embaixo e eu moro em cima com minha mãe e lá tem, uma janela quantas vezes eu olhei por cima da janela pra mergulhar embaixo, quando começou logo o tratamento não agora! Por que ver a perna assim realmente a dor, inflamada, inchada (voz embargada) me ver assim com essas pernas doente(chora) pensava em sair subir numa passarela daquela e me jogar embaixo...é horrível... horrível! mas e quando a gente se acostuma com a sua pele e que a gente pede força a Deus a gente esquece até dos problemas depois... é o meu caso, não é que eu já acostumei mas pelo menos Deus não deixa a gente fazer besteira... é o que eu digo a pessoa realmente por mais que esteja passando dificuldades Deus não deixa a pessoa desamparada e nem fazer besteira. (Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos)*

O sofrimento não está atrelado somente à experiência dolorosa sobre o corpo. Embora ela seja permanente na vida das pessoas, aqui investigadas, ele se expressa também por motivos de ordem psicossocial que envolvem o viver dessas pessoas, uma vez que elas se apresentam e se relacionam com o mundo através de seus corpos feridos, corpos estes alvo de representações negativas.

A dor e o sofrimento são expressões subjetivas que se manifestam tanto na esfera afetiva como uma espécie de dor mental, como na esfera física em forma de sintomas físicos (COUTINHO; SARAIVA, 2008). Entendido como manifestação psicossocial, o sofrimento representa a manifestação de diversas formas de mal estar, de sentimentos concentrados nas experiências de exclusão e solidão (NÓBREGA; FONTES; PAULA, 2005).

O sofrimento psíquico é encontrado em diversas experiências de enfermidade. Na situação das pessoas que vivem com feridas, este parece ser intensificado pela solidão, alteração da auto-imagem e, sobretudo, pelas perdas que ocorrem nas relações afetivas. A fragilização dos vínculos familiares, amorosos, de amizade e camaradagem são sucedidas por sentimentos de perda do sentido da vida, falta de perspectivas para o futuro e perda da esperança.

Diante da cronificação da ferida, as pessoas vêem suas vidas atropeladas por uma série de novas atividades de cuidado, gerando mudanças em suas funções dentro dos quadros sociais que ocupa. As alterações do corpo ferido, como a ardência, a secreção, a dor constante, a câimbra, conduz a limitações de mobilidade, implicando em anulação de atividades de lazer e sociabilidade, perda de emprego, diminuição ou impedimento de realizar tarefas de casa como limpar, organizar ou cuidar dos próprios filhos, o que os fazem perceberem-se como inválidos, discriminados e isolados.

Ao representarem seus corpos feridos, representam também o seu oposto, o que significaria não ter um corpo ferido. As representações do corpo carregam consigo o mundo de possibilidades que cada corpo pode trazer em sua bagagem existencial, refletindo suas expectativas de obter uma vida melhor, com a retomada de suas funções expressa como “voltar ao trabalho, ter paz e sossego, poder ir à praia”.


De acordo com Marzano-Parisoli (2004), o corpo na doença se torna um estranho por se revelar diferente daquele corpo com o qual se estava habituado a conviver. Ele deixa então, de ser um companheiro discreto e transforma-se em algo que se impõe presente todo o tempo, que não se deixa ser esquecido. Nesse sentido, a pessoa ferida está todo o tempo pensando em seu problema, como resolvê-lo, como se livrar dele, como se vestir, como abrandar sua dor, como tornar seus odores menos perceptíveis. Isso altera as práticas para com o corpo, tanto as práticas de vestir-se, cuidar das roupas de cama, higienizar-se e limpar a ferida através de curativo, que muitas vezes se exige que seja diário.

A conscientização de que se tem um corpo doente, a assimilação dessa identidade de que aquele corpo que sofre, que padece, que secreta, que cheira mal é algo indissociável, inseparável de si. É algo que o identifica e provoca aflição, visto que o corpo não pode ser mais tratado como algo externo. É nesse momento que a identificação com o corpo se torna mais evidente, pois a doença exige uma relação autêntica com o corpo, a partir da qual não se pode mais iludir-se de que se pode viver independente dele. A pessoa pode tentar afastar-se, negando seu próprio corpo, mas não consegue negar a sensação que a enfermidade lhe produz e que, ao mesmo tempo, o impede de conduzir sua vida como antes (MARZANO-PARISOLI, 2004).

Nessa perspectiva, a pessoa dialoga consigo mesma, através de um “eu enfermo” que dialoga com um “eu saudável”. O “eu enfermo” traz as novas perspectivas de ser pessoa que enfrenta uma realidade concreta, em que as representações do seu corpo se inserem dentro da

classificação do “anormal ou patológico”, enquanto o “eu saudável” regula suas práticas, censura sua apresentação, dita seu modo de vestir-se, de apresentar-se publicamente, exercendo influências para que sua apresentação seja aceita socialmente. O “eu enfermo” esforça-se a ajustar-se aos ditames sociais de apresentação física. Ocorre uma mobilização de representações móveis e fixas que se confrontam e se remodelam a partir desse diálogo da pessoa ferida crônica consigo mesmo, ou seja, com suas representações anteriores sobre o que é ser uma pessoa ferida e como esta deve posicionar-se no mundo.

Esse processo, que às vezes pode mostrar-se contraditório, entre as expectativas que as pessoas feridas alimentam quanto ao modo que desejariam ser tratadas, e as idéias repulsivas frente a outras pessoas igualmente feridas, resultam como conseqüências de representações prévias, existentes deste antes da existência da ferida. Na medida em que vivem com uma ferida, a experiência concreta pode confrontar representações anteriores com novos signos e imagens, capazes de re-elaborar tais representações ou reforçar as representações já existentes.



TRISTEZA

Tristeza, olho para os meus pés e vejo a ferida, não tenho liberdade passo a vida mais sentado porque tenho que viver em repouso. Tenho que andar de calça preta e sandália por que não posso calçar sapato nem colocar a meia. Ando mancando por que sinto muita dor. Me preocupo muito por que não posso trabalhar pra eu dar “do bom e do melhor” pra minha família. Me sinto uma pessoa inutilizada e incapaz para o trabalho. Sexo muito pouco. (Valdir, 48 anos, ferida há 6 anos)

Desenho estória 5

A narrativa que acompanha o desenho-estória 5 apresenta os sentimentos do participante. Dentre eles, o sentimento de inutilidade provocada pelo senso de improdutividade que a limitação do corpo ferido impõe ao homem, dentro de uma lógica em que o corpo representa, em primeiro plano, um corpo que deve ser produtivo, um corpo para o trabalho. Essa representação traz vinculada a necessidade do corpo, para a manutenção de necessidades materiais em que o mundo em sociedade cobra do homem um papel de provedor. Ao ferir tal

norma, provoca uma alteração de auto-imagem que vê em si mesmo alguém incapaz de cumprir com seu papel de homem, pai de família, sujeito sexual.

A atividade laboral do homem representa sua força, uma vez que a atividade e sua correspondente remuneração, conferem a este o poder material o qual vincula o homem à noção de força, virilidade e masculinidade dentro das relações. Assim, a figura do homem ferido perde valor para ele mesmo.

Isso se dá por que o trabalho e o desempenho sexual representam as “principais referências para a construção do modelo de comportamento dos homens”.(NOLASCO, 1995, P.50). Sentimentos de fracasso diante da impossibilidade de retomar o trabalho, também foram observados por Dazio; Sonobe e Zago (2009) em homens ostomizados, principalmente naqueles em licença de saúde e os desempregados. Para as autoras, tal sentimento é reforçado pelo valor moral do trabalho nas classes populares, uma vez que o trabalho sustenta a honra do provedor da família e fornece realização pessoal, mostrando-se central na construção da identidade masculina.

Não poder trabalhar devido à doença conduz a privações e dependência financeiras, levando os próprios homens e suas famílias a considerá-lo um fardo para a família, posicionando-o socialmente como um homem marginalizado (DAZIO; SONOBE; ZAGO, 2009).

A soma de todos estes aspectos ao fato de que a ferida crônica faz com que o homem tenha que encarar uma parte de si, até então repudiada, que inclui a dor e a fragilidade o remete à necessidade de amor e compreensão, sentimentos com os quais ele não está habituado a tratar, com isso emergirá o medo de deixar de ser homem, de perder sua identidade (PASSOS, 1999).

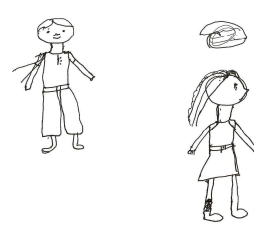
TRISTEZA

Essa figura sou eu. A ferida é o maior problema da minha vida. Eu me cuido, eu me trato direito, não tenho pressão alta, não tenho diabetes, eu me cuido bem, mas até hoje não tenho tido solução. Só Deus! Só Deus pode me ajudar! (Manoel, 65 anos, ferida há 11 anos)



Desenho estória 6

POR MEDO DO PRECONCEITO



Por medo do preconceito

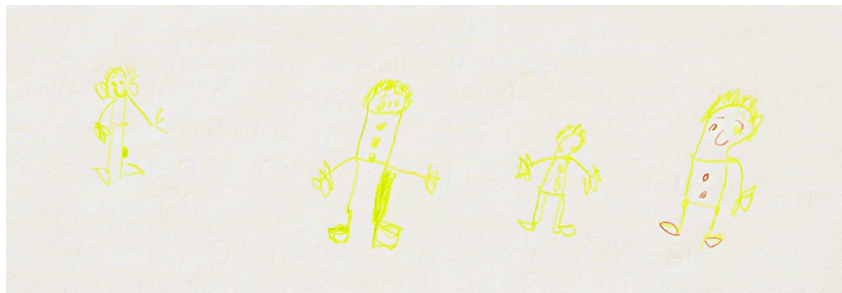
Ele é um rapaz jovem bonito e alegre ela também uma jovem bonita e também alegre existe momentos na vida dela que é muito triste pois a mesma convive com um sério problema ela tem um ferida na perna e apesar de ser apaixonada por este jovem ela se sente envergonhada em se declarar para ele por medo do preconceito por isto na maioria das vezes ela está triste.

Ele é um rapaz bonito e alegre, ela também uma jovem bonita e também alegre, mas existe momentos na vida dela que é muito triste pois a mesma convive com um sério problema, ela tem uma ferida na perna e apesar de ser apaixonada por este jovem ela se sente envergonhada em se declarar para ele por medo do preconceito por isto na maioria das vezes ela está triste. (Carina, 42 anos, ferida há 5 anos)

Desenho estória 7

O conjunto de desenhos apresentados neste bloco permite inferir que a experiência do corpo ferido é marcada por um sentimento de tristeza, provocado pela autopercepção de um corpo que não corresponde as suas funções sociais, seja como corpo relacional ou corpo como força de trabalho e, também por um sentimento de indignação por constatar que, apesar do permanente investimento no cuidado, a cura não foi alcançada. A tristeza apresentou-se como elemento significativo objetivado na expressividade verbal e também no grafismo através das lágrimas e olhar cabisbaixo.

CONFIANÇA EM DEUS



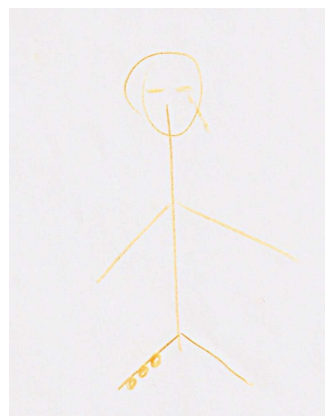
Essa pessoa ficou triste, preocupado deprimido pelo sofrimento e a vida, a pessoa se entregou ao desprezo, achou que a vida dele ia tá se acabando aí se entregou ao desprezo. História que poderia terminar feliz. (Angelo, 48 anos, ferida há 20 anos).

Desenho estória 8

UMA HISTÓRIA TRISTE

*Muito triste, triste por causa da ferida.
(Alberto, 34 anos, ferida há 8 anos)*

Desenho estória 9



Observa-se ainda, nesse conjunto de desenhos, que os achados deste estudo guardam semelhança com os achados de Coutinho (2005) sobre “As Representações da depressão infantil” em que, através da expressão gráfica as/os participantes se representam através de figuras primitivas, deformadas, incompletas e fantasmáticas. Para Coutinho (2005, p.155) tais figuras denotam uma “auto-percepção negativa, sentimento de menor valia, inferioridade, desprezo [...]”.

A expressão da tristeza, de modo permanente, nas pessoas cronicamente feridas deve ser levado em consideração. Esta emoção pode ser intensificada se a pessoa que sofre acredita que poderia ter feito algo para recuperar ou evitar a perda que motivou essa tristeza, mesmo que este algo a fazer seja impossível de ser concretizado, e independente da vontade de quem a experimenta (WIKIPÉDIA, 2010).

A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda (DEL PORTO, 1999, p.6)

A priori, nas pessoas que experimentam situações clínicas com mudanças drásticas no curso de suas vidas, como no caso das pessoas feridas, a depressão pode ser entendida como sintoma que ocorre como resposta ao stress. Mas, quando a tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer e apatia aparecem, somadas a alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas como o sono e o apetite, a depressão deixa de ser entendida como sintoma e deve ser considerada como síndrome, indicando necessidade de intervenção sobre o estado emocional da pessoa (DEL PORTO, 1999).

4.5.2 O corpo ferido é constantemente vigiado

O olhar do outro é um constante desconforto, uma ameaça à sua imagem ideal. Acreditar que seu corpo está, constantemente, vigiado deixa a pessoa em permanente estado de alerta, e com sentimentos de inadequação. A pessoa ferida acredita que todos olham para ela, que a avaliam, a mensuram, que conhecem o seu segredo, e que podem colocá-la em risco, revelando-a ao público. As supostas impressões são sempre de caráter negativo. As pessoas parecem olhá-la, crer que estão sujas, que seus odores são perceptíveis, que são negligentes consigo mesmo e, por isso, estão doentes, que tem doença contagiosa, que são um risco a ser evitado.

As pessoas lhe olham, pensam que você tem aquela doença (o câncer) não gosto nem de falar o nome.(Carla, 45 anos, ferida há 13 anos)

Eu acho assim que a primeira preconceituosa sou eu mesmo por que eu acho que já coloquei isso na mente assim: Ah se a pessoa vê minha perna vai ficar com nojo, vai ficar pensando que é uma doença contagiosa ai eu fico com isso na cabeça ai eu fico com vergonha mesmo de mostrar, eu ando de calça sempre, e assim nos relacionamentos eu escondo, mas tem uma hora que não dá pra eu esconder mais.(Vitória, 22 anos, ferida há 5 anos)

A vigília do corpo é um processo que se dá no exterior, mas que, também, produz ao mesmo tempo, uma espécie de controle interno nas pessoas. A vergonha sentida pelo ato de expor a ferida, seja durante os curativos ou de forma acidental, ingressa no mesmo sistema de controle a que estão sujeitas outras práticas corporais consideradas privativas, a exemplo de defecar, urinar, desnudar-se. Tal controle é assimilado como um sistema de vigília permanente, e aquilo que é prescrito do exterior, através de olhares de desaprovação ou repulsa, vão se incorporando através da linguagem e passa a ser adotado pela pessoa como uma prática vinda do interior, provocando sentimentos negativos, como o auto-desprezo, vergonha e medo quando, inadvertidamente, a pessoa perde o controle sobre sua apresentação corporal desses sinais considerados impróprios para o convívio social.

As práticas de controle e apresentações do corpo são assimiladas de tal maneira que a pessoa exerce sobre si mesma uma autovigilância do seu próprio corpo (GLEYSE, 2007). Uma das depoentes relata que ao seu companheiro, não é permitido ingressar no quarto ou no banheiro enquanto ela cuida da ferida:

-Ele já viu a lesão ?

Não ! eu não deixo ver, não deixo porque em casa eu lavo as ataduras, ai troco se não tiver pomada, ai eu vou troco só a atadura.

-Você faz como pra ele não ver ?

se eu estou no banheiro tomando banho eu não quero que ele entre aí não entra. [...] , ai eu não me troco no banheiro, me troco dentro do quarto , porque o meu quarto é um lugar que eu acho mais limpo. Ai eu saio do banheiro só com a toalha , porque eu demoro muito de me arrumar , ai eu saio com a toalha e vou me arrumar no quarto só que ele não me vê. Se ele vier entrando pro quarto eu digo pare! Eu estou ocupada dá pra você esperar eu me desocupar?(Rosa, 30 anos, ferida há 15 anos)

Essa narrativa reforça que a vigilância do corpo se opera, simultaneamente, em nível coletivo, mas acima de tudo em nível individual, espaço no qual a pessoa assume controles sobre a apresentação de sua imagem, visando adequar-se aos critérios de avaliação do corpo ideal e desejável.

Para Goellner (2003), é preciso entender que, o que hoje se determina como corpo ideal e desejável, é fruto de representações transitórias que não perderam o poder de excluir, inferiorizar e ocultar determinados corpos em detrimento da valorização de outros. Para essa pesquisadora a busca por um corpo jovem, belo e produtivo demanda atualmente muito investimento, energia e responsabilidade. Neste estudo, acrescenta-se, ainda, que a busca incessante por esse ideal torna-se fonte de constante sofrimento para quem possui um corpo “ferido”, pois sua aparência real se confronta, permanentemente, com esse ideal improvável de ser atingido.

Evidenciou-se uma maior vigilância dos corpos no espaço privado por parte das mulheres, principalmente ao se referir à presença dos parceiros. Elas se mostram desconfortáveis com o fato de não usarem vestidos, o qual representa um artifício da sedução e apresentação do corpo feminino, por deixar parte do corpo à mostra. Os vestidos e saias, e demais roupas curtas são vistas como provocadores do desejo masculino, utilizados no espaço público e privado, quando se deseja chamar atenção ou estimular nos homens um olhar dirigido aos seus corpos. Segundo Sardemberg (2002), as tecnologias do corpo se aplicam tanto aos homens como às mulheres, e que não se trata de uma questão de ser mais ou menos, mas de uma diferenciação nos modos dessa produção. Para essa autora, a construção da mulher como objeto de desejo

condiciona a aplicação de maiores investimentos por parte das mesmas para atenderem aos padrões estéticos impostos ao seu sexo.

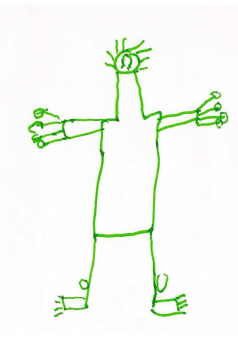
4.5.3 O corpo ferido é rejeitado

A representação do corpo ferido como corpo rejeitado fundamenta os comportamentos das pessoas, face ao investimento nas novas relações, motivadas por crenças de possuir um corpo que será alvo de crítica e rejeição. Os depoentes referem sequer cogitar que exista interesse por parte de quem as/os assedia, acreditando que seu corpo será repellido ou passível de ser constrangido.

Em mulheres e homens, o medo da rejeição está ancorado em reações de repulsa, nojo e afastamento, expressados por pessoas com as quais teve contato. Os novos contatos são limitados, justamente, para evitar a repetição de ações discriminatórias causadoras de constrangimento.

A rejeição apresenta-se objetivada em figuras que aparecem sozinhas na produção dos desenhos e ancoradas em expressões como *“tem muitas pessoas que tem me encontrado e desvia de mim para não encontrar comigo”*, *“o pessoal fica olhando, desfazendo, chamando de doente, de pé podre”*, *“Quando a pessoa gosta fica, quando não gosta abandona as pessoas”*

A estória contada pelo participante refere-se ao tratamento que recebem as pessoas feridas. Dentro dos contextos em que vivem, tais experiências, criam expectativas de *“como devem ser”* os novos encontros, mostrando o caráter prescritivo das Representações sociais para a elaboração de condutas.

	<p>RACISMO E PESSOAS SEM COMPREENSÃO</p>
<p><i>A pessoa com a ferida ele fica meio de fora da maioria da sociedade, tem muitos que tem ele com preconceito, tem muitas pessoas que tem me encontrado e desvia de mim para não encontrar comigo. Enquanto tem muitos também que me dá apoio e me abraça, essas são as pessoas que a gente, os amigos são esses assim que sempre apóia, que tem o conhecimento que isso pode acontecer com qualquer um. (Isac, 56 anos, ferido há 16 anos)</i></p>	
<p>Desenho estória 10</p>	

FICAR BOM

Ele não vive bem com isso. Quando ele passa o pessoal fica olhando, desfazendo, chamando de doente, de pé podre. A gente fica com vergonha sobre isso. (William, 43 anos, homem ferida há 9 anos).



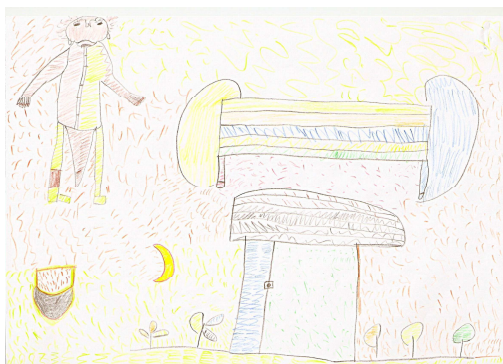
Desenho estória 11

A rejeição foi expressa tanto nas entrevistas como nos desenhos, onde as estórias-tema revelaram situações vivenciadas em seus cotidianos ou de seus companheiros de ambulatório (Ver desenhos 10 e 11).

As atitudes de repulsa expressadas pelo público originam expectativas de que tal rejeição ocorra em todos os espaços em que ele transita. Desse modo, outros tipos de interesses revelados no olhar das pessoas passam despercebidos, já que a representação da repulsa explica para a pessoa ferida, que todo olhar deve ter o mesmo significado. No momento da entrevista, há oportunidade para a/o depoente refletir sobre seus próprios pré julgamentos, fundamentados na experiência de viver com um estigma.

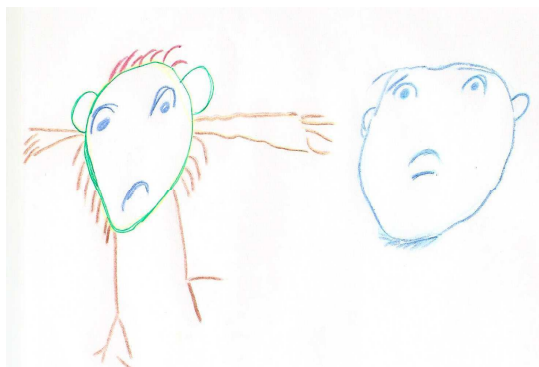
Uma certa vez, um homem que trabalhava lá perto, ele me olhava, queria namorar comigo, pedia informações à vizinha sobre meu comportamento...e dizia pra minha irmã 'estou interessado em sua irmã, mas ela só me olha com cara de zangada' ele queria me namorar mas eu pensava que ele tava me criticando por causa desse problema (a úlcera)(Carla, 45 anos, ferida há 13 anos).

A idéia de abandono por parte dos parceiros, de alguém que porta uma ferida, apresentou-se freqüente em todos os dados levantados neste estudo, na palavra evocada, no desenho, na estória tema e nas narrativas, demonstrando que portar uma ferida crônica prevê uma condição de vida afetiva solitária. (Ver desenhos 12,13)

DEFICIENTE ABANDONADO

Desenho estória 12

Essa é minha estória, um deficiente apaixonado pela vida, mas abandonado pelas pessoas devido a minha doença portanto as pessoas ao invés de se aproximar se afasta. Portanto começa a criticar devido minha deficiência ao invés de colaborar com belas palavras para mi incentivar a minha pessoa a ter auto-estima e confiança de que um dia eu ficarei bom do meu padecimento, mas minha perseverança procedi de Jesus. Portanto qualquer doença pode chegar para qualquer pessoa ninguém está livre de ter uma doença crônica mas um dia eu tenho certeza que ficarei bom desse problema com a graça de Jesus. Paz e saúde nesta casa. (Cláudio, 44 anos, ferida há 29 anos)

ABANDONO

Desenho estória 13

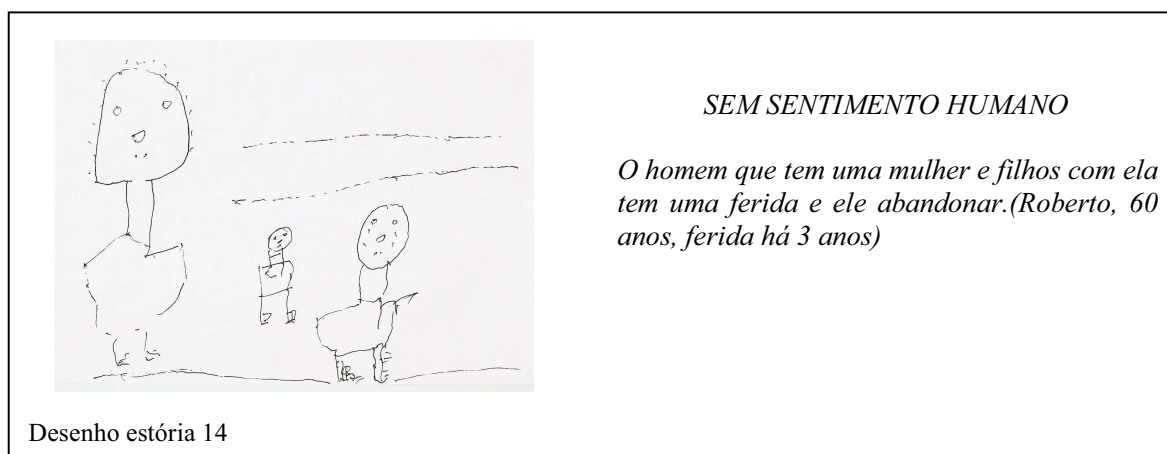
Era uma vida ótima quando vivia com a família. Tinha os filhos que viviam ao lado. Era tão bom aí por causa de ciúmes aí foi indo, foi indo a pra não ficar se aborrecendo o jeito foi terminar. Aí terminei e comecei com outra pessoa, e de novo deu na mesma coisa. A pessoa quando tem uma ferida fica péssima. Quando a pessoa gosta fica, quando não gosta abandona as pessoas. Tem pessoas que não tem condições aí termina abandonando as pessoas. (Humberto, 48 anos, ferida há 8 anos).

Mesmo que a separação decorra de problemas pré-existentes, de motivos alheios à ferida, as pessoas tendem a acreditar que é a ferida a motivação maior para a ruptura da relação.

Eu não me achava normal como tantas outras garotas de minha idade, eu sou nova, né? Aí eu acho assim... se ele descobrir que eu tenho esse ferimento ele vai me largar, não vai querer ficar comigo... porque eu me acho assim (chora) eu acho que... eu convivo com esse ferimento desde os desesseis anos de idade e é muito sofrimento (chora muito) (Vitória, 22 anos, ferida há 5 anos)

O relacionamento era melhor porque o problema da pessoa com uma ferida no corpo, o pessoal sabendo se separa mais das pessoas. A pessoa fica... sente nojo da pessoa por que a pessoa tem uma ferida. Fica pensando que a pessoa fica lutando com aquela ferida e não se zela. Até a família mesmo da gente o irmão e irmã fica diferente com a gente. Diferente, muda, você dá uma coisa pra pessoa comer, a pessoa não quer comer. (Jonas, 58 anos, ferido há 2 anos)

Na experiência das mulheres, observou-se que a história do abandono e da rejeição produz representações que motivam o temor e a resistência em iniciar novas relações, justificando-se como uma forma de proteger-se do preconceito, discriminação e violência. Tais imagens são reforçadas pelas histórias de outras mulheres que, vivenciando a mesma condição de saúde foram maltratadas e abandonadas por seus parceiros.



Na medida em que a informação é difundida entre as pessoas que frequentam o ambulatório, esses símbolos e imagens são incorporados ao arsenal de imagens pré-existentes buscando dar-lhes significado. Processa-se, então, representações de “como é a vida de uma pessoa ferida”, “como uma mulher ferida é tratada por outras pessoas e por seus parceiros”. A representação, uma vez elaborada, nem sempre estará pautada na experiência pessoal de cada um de seus membros, mas sim, nas experiências em conjunto do grupo, e que influenciará no modo de cada um ao responder aos estímulos externos, podendo haver respostas similares, preservando espaço para novas imagens, permitindo que as representações possam ser re-elaboradas.

A seguir, as/os participantes versam sobre as experiências de mulheres feridas que frequentam o ambulatório

Aí é como se diz você tem que não colocar o preconceito em você mesmo, por que o preconceito na maioria das vezes a gente mesmo que nos coloca, por que a gente fica envergonhado...preocupado com isso, preocupado com aquilo e aí que vai gerando, por que realmente existe o preconceito, entendeu? Tem pessoas que só por que a gente tem uma ferida acham que aí já tá podre, já tá isso e aquilo, muita gente não gosta de sentar ao lado da pessoa que tem um problema como esse e tudo isso aí vai, vai gerando aquela coisa e aí eu já tinha conhecido mulher até aqui mesmo, que chegava aqui chorando por que o marido abandono por que ela tava com esse problema até nova muito mais...que ela já tava isso que ela tava aquilo...aí tudo vai gerando conflito na mente da gente. Já era exatamente isso que ia me preocupando, eu não aceitava, se alguém chegasse assim olhando pra mim eu já me afastava, já ia saindo ..sei lá eu pensava que ia me maltratar por causa desses problemas assim, bem eu não aceitava de jeito nenhum, ...(Carina, 42 anos, ferida há 5 anos)

Cunha (2004) considera que a falta de apoio do companheiro nesses momentos de doença é concebida como forte agressão à mulher, afetando sua auto-estima, exatamente no momento em que ela necessita de aceitação, compreensão e carinho.

Embasada nas experiências negativas de outras mulheres, a participante elabora as representações negativas sobre o sexo, para as mulheres feridas, que justificarão suas atitudes em face de suas experiências sexuais. Vejamos as reflexões que a mesma participante revela em sua narrativa.

Apareceu uma pessoa mas eu já tava com esse problema (a ferida) aí eu não queria por que eu já vi muita gente sofrendo por isso por causa do descaso, do desrespeito, o preconceito que tem aí eu não queria ... eu não tava querendo aceitar de jeito nenhum...aí foi quando ele insistindo, insistindo muito aí eu ouvi algumas pessoas começou a me dar força “você aproveite, tente ver o que é que ele quer, se realmente ele quer alguma coisa se vale à pena, se a gente não tentar a gente nunca vai conseguir” aí eu ...(Carina, 42 anos, ferida há 5 anos)

Entre os homens que ainda preservam autonomia, nos quais a dor não é incapacitante, percebe-se a resistência a essa política de submissão dos corpos enfermos. Face às recusas das parceiras, estes iniciam relações extraconjugais ou alimentam várias relações concomitantemente, intercalando os contatos sexuais conforme as crises do casal primário.

Teve outra vez que eu procurei ela (pra ter sexo) eu estava querendo... ela reclamou:- deixa eu dormir, não sei que! Falava assim em tom alto, então a gente... não sei porque a gente está vivendo esse clima que hoje eu...vou me distanciando. Por mim tanto faz ela está lá, a gente dorme junto, eu nunca mais procurei ela, porque duas vezes que eu procurei ela me tratou mal, falou alto:

*deixa eu dormir!!! Então... tenho outras pessoas fora...a gente vai vivendo.
(Roberto, 60 anos, ferido há 3 anos)*

Outra estratégia referida pelos homens foi a de recorrer às trabalhadoras do sexo ao perceberem dificuldades para estabelecer novos contatos íntimos. Esses resultados corroboram com os achados de Oliveira e Romanelli (1998), que demonstra que buscar soluções para suas dificuldades sexuais com “outras mulheres” consiste num subterfúgio dos homens cronicamente enfermos, que se esforçam para manter inalterada sua imagem de homem sexualmente ativo, imagem esta pautada no modelo brasileiro de virilidade que segundo Giffin e Cavalcanti (1999) é um modelo que se expressa por meio da força, agressividade e determinação e da mesma forma, exige desempenho do homem ativo no trabalho e no sustento da família quanto no âmbito da vida sexual, dentro e fora de casa, estabelecendo exigências aos homens de como se posicionar frente às mulheres e a outros homens.

4.5.4 O corpo ferido é isolado e dependente

Ao contrário de outros órgãos do corpo, a pele não pode ser facilmente ignorada ou omitida, uma vez que a pele tem a função de apresentação primeira do corpo, funcionando como limite ou fronteira com outros corpos. Isso lhe confere a posição de estar constantemente em evidência. E entende-se que, quanto mais íntima se torna a relação entre as pessoas, mais evidente se torna a pele, e mais exposta ela estará na medida em que implica apresentar o corpo em suas partes que comumente se mostram encobertas.

Nesse foco, o contato sexual é uma experiência que se dá mediada por uma pele que cobre um corpo, que está revestida de um valor simbólico de conferir prazer ao toque, sensibilidade corpórea, desejo e erotismo.

Carregar uma pele ferida transforma essa fronteira em algo limitado, o que resultará em diversas formas de afastamento, originados por iniciativa da pessoa enferma, em razão das representações que trazem sobre a ferida, ou por iniciativa daqueles que com ela se relacionam e compartilham dessas mesmas representações. Isso promove o afastamento dos amigos e possíveis parceiras/os, motivados por preconceito e discriminação das pessoas feridas e, principalmente,

pela adoção de comportamento de autodistanciamento.

Uma vez que as mulheres e homens passam a refletir sobre sua condição, passam a se julgar como companhias desagradáveis em função dos odores que exalam das feridas, ao pensarem que se o odor é desconfortável para si, entendem que também, o seja para as demais pessoas que o cercam, passando a afastar-se dos amigos, das oportunidades de encontros nos ambientes antes freqüentados, como igrejas, casa de amigos, festas de aniversário, clubes, espaços de lazer

Eu acho que antes era melhor, tinha mais amizade, eram mais amigas...e hoje são amigas, mas eu acho que não são como eram antes...por causa desse problema (a ferida) Não são todas mas algumas, por causa de mim mesmo, de minha cabeça mesmo. Eu sempre fico... eu penso que a pessoa está com nojo, o preconceito tá comigo mesmo, então eu sempre penso que estão com nojo. Por que eu vejo tanta gente que tem a perna ferida e veste saia, vestido.

Ao ser questionada sobre os motivos pelos quais não deseja sair, ela responde:

Eu não vou por causa disso mesmo. Eu acho que as pessoas olham com diferença a pessoa, com nojo, aí eu não gosto de ir por isso. Às vezes que eu vejo e sei que não vou gostar, se a pessoa for dizer alguma coisa, claro que eu não vou dizer, mas às vezes não saio por causa disso, por isso não saio, fico em casa, não vou à missa, assisto pela televisão.

E completa referindo os sentimentos negativos que a sua situação lhe provoca:

Aí eu fico deprimida, sem querer as coisas, eu fico com ódio. E eu fico com ódio de tudo e de todos. Se eu pudesse eu ficava sozinha, mas eu moro com filho, e tem um que mora em frente e outro que mora em cima. Eu moro com dois filhos, minhas duas filhas mora lá no Mendonça (outro bairro).(Elba, 53 anos, ferida há 15 anos)

Através das narrativas, as mulheres acentuaram a questão da perda ou fragilidade dos vínculos com seus parceiros, com uma redução nas atividades relacionadas a uma vida social. Como resposta, há um maior investimento para o fortalecimento dos vínculos com os filhos e outros familiares, enquanto os homens destacaram as limitações sobre sua mobilidade nos espaços públicos, onde era possível construir parcerias tanto de camaradagem com outros homens como múltiplas parcerias sexuais com as mulheres. Nota-se, porém, que sendo a esfera pública,

central na construção das relações entre os homens, seu isolamento é sentido não como perda de vínculos, mas como de limitação de sua liberdade, referido como uma espécie de confinamento no espaço doméstico.

Por eu ter meu problema eu fico meio isolado, entendeu? pra ficar....poucas pessoas vão lá... alguns amigos vai lá ai a pessoa chega em sua casa vê que você tem esse problema (à ferida) fica lhe olhando de cima à baixo ai a pessoa fica meia constrangida ai eu evito ta de conversa lá, entendeu?como eu tenho meu problema eu fico mais em casa é bom ta repousando por que o ferimento, porque esse problema se tiver menos amizade é melhor, por que? Porque do tempo fica em casa repousando, né, ficar mais à vontade. (Eduardo, 40 anos, ferida há 21 anos)

A minha vida é assim em casa eu não saio pra lugar nenhum, depois que eu tive pior mesmo desse pé, que essa ferida cresceu mesmo que eu não posso nem calçar sapato só vivo assim de chinelo, por que se eu calçar sapato tiro o sapato na hora, ou então tem que usar o sapato fora da... do pé sem encaixar o sapato. (Valdir, 48 anos, ferida há 6 anos)

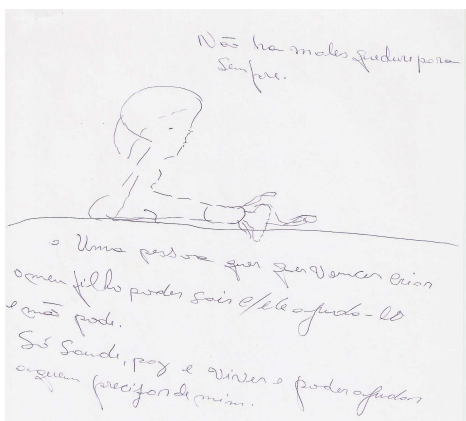
O afastamento das atividades laborais ou recreativas se torna cada vez mais intensa. A natureza repulsiva da ferida, suas secreções, odores e a dor que advém da mobilização, as recomendações de repouso recebidas, durante as consultas, tornam-se impeditivos para uma vida social fora de casa, conduzindo-os a uma maior permanência dentro do espaço doméstico, além do medo da exposição ao julgamento alheio, a rejeição do público. Em especial para os homens, antes habituados a um constante trânsito em espaços públicos, e um menor interesse no espaço privado de suas casas. Desse modo, experimentam sentimentos de frustração ao se verem com frequência em suas casas, espaço entendido como exclusivo das mulheres.

Quando eu não tinha ferida eu ia muito na casa de meus amigos passear, fazer visita e tudo mais, mas agora com a ferida eu estou preso justamente parece que eu estou num cárcere privado, sei lá... sem poder sair pra lugar nenhum[...](Valdir, 48 anos, ferido há 6 anos)

Depois da ferida já fui convidado várias vezes em formaturas, aniversários e as vezes não podia ir, de não poder participar de nada praticamente até por uma repressão e nem todas as coisas também eu posso comer por causa do pé, então tudo isso me faz pensar em sair, e até pensar, me faz em sair e me divertir entendeu? esse problema do pé me deixa totalmente retido dentro de casa mesmo na casa de parentes, de uma pessoa assim, realmente eu não vou, como muitas vezes já teve aniversário de meu irmão e formatura de minha sobrinha e tudo, ele me chama e tudo...(Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos).

A ferida não é uma coisa que a gente tinha que se acostumar e ao mesmo tempo é. Às vezes tem hora que eu até me esqueço que eu sou uma pessoa que tem esse problema, que tem que ficar confinado em casa. (Eduardo, 40 anos, ferida há 21 anos).


O homem desde a infância é socializado para viver fora da casa. A casa não é espaço para permanência, e sim de passagem. Sua permanência se dá no trabalho e nas ruas, na casa se encontra o mundo doméstico, algo ao qual não foi habituado a se interessar. O espaço da casa é onde se toma consciência do corpo, onde se organiza a vida íntima, onde o corpo se expõe. Ademais, dentro de casa geralmente existem somente as crianças e mulheres, personagens com os quais não está acostumado a dialogar. Nesse sentido, mesmo cercado de sua família, o homem ferido se sente solitário, preso e dependente.



NÃO HÁ MALES QUE DURE PARA SEMPRE

Uma pessoa que quer vencer, criar meu filho poder sair com ele, ajuda-lo e não pode. Só saúde, paz e viver e poder ajudar a quem precisa de mim. (Patricia, 40 anos ferida há 5 anos)

Desenho estória 15



ILUSÃO DA VIDA

O que a ferida me causou é uma vida praticamente eu vivo em cima da cama, tentando repousar em busca de ficar boa, melhorar o mais rápido possível. Apesar de não ter conseguido a tão esperada melhora passei a ser uma pessoa dependente, que tem que depender dos outros, de um parceiro, de um filho, do vizinho ou pessoas amigas e uma casa fora do controle, não consigo mais manter a casa como eu sempre gostei de manter sempre bonitinha e arrumadinha. A vida sexual um pouco desgastada, às vezes eu não tô com a cabeça legal para fazer como deveria ser o papel de uma mulher. Tentei ser uma boa companheira, dar e receber e hoje está sendo um pouco difícil. (Luiza, 49 anos, ferida há 3 anos).

Desenho estória 16

A representação do corpo como dependente foi objetivado, também, pela perda da autonomia para cuidar de si, havendo a necessidade de outros para o seu cuidado e o confinamento ao leito por motivo das dores. Tal aspecto foi apresentado nas expressões gráficas em que aparecem a cama, e a casa e, na verbalização em que as limitações físicas são apontadas como “*não poder sair, não poder ir a festas, não poder ir à praia*”. No grupo de desenhos apresentados nesta categoria, as mulheres representam a idéia de corpo dependente ancorada, principalmente, na perda das capacidades de gerir a vida doméstica.

Grande parte da vida adulta da mulher é ocupada com a geração e criação dos filhos, isso produz uma diferenciação das dimensões doméstica e pública, sendo suas atividades restritas aos cuidados com os filhos e, o enfoque de suas emoções e atenção são direcionados aos filhos e ao lar, sendo as mulheres absorvidas, principalmente, em atividades domésticas (ROSALVO, 1979). Desse modo, ao contrariar posições já incorporadas como “naturais” no seu cotidiano, que prevê uma mulher sensível, cuidadosa com a casa e a família, provoca nessa mulher cronicamente ferida um sentimento de inutilidade por não cumprir o papel que esperam dela.

4.5.5 O corpo ferido é vulnerável à violência

A existência da ferida provoca diversas alterações. Dentre elas, sobre a dinâmica familiar requerendo uma reorganização de papéis, uma vez que a ferida atua sobre um aspecto que, a partir de sua existência, demandará a incorporação de uma rotina em torno do cuidado dispensado a essa pessoa. Assim, o ambiente e as pessoas se adaptarão aos poucos para garantir o curativo diário, ou semanal, dependendo da terapia elegida, ou do deslocamento desta pessoa e sua família ao serviço de saúde em busca de atendimento.

A adaptação da dinâmica familiar, frente a uma enfermidade, apresenta-se como uma experiência de stress, para todos os seus membros, e que pode agudizar conflitos pré-existentes. A existência da ferida crônica exigirá a dispensação de recursos que antes eram destinados à manutenção da família e que passam a ser desviados para oferecer cuidado ao seu membro

enfermo. Em outras circunstâncias, um enfermo que antes não mantinha vínculo harmônico com seus familiares pode requerer ajuda de outros que terão de assumir o papel de seu cuidador. Essas situações podem suscitar frustrações, manifestações de ira e violência e complicar relações que antes já não eram boas, sendo que a ferida pode ser utilizada como instrumento de agressão psicológica ao enfermo. Abaixo, uma jovem relata sobre uma discussão com seu pai que a marcou, e logo em seguida destaca-se, também, a experiência de um jovem que vive com sua mãe:

Eu morava com meu pai e minha irmã e... ele brigava muito, quando a gente brigava ele ficava falando "sua perna podre!" falava coisas horríveis pra mim e com isso eu fui botando na cabeça (chorando...) que eu era uma pessoa anormal (chora) tinha momentos que eu queria até morrer, até pra não passar por isso. (chora). (Vitória, 22 anos, ferida há 5 anos)

Percebe-se por esse depoimento que a construção da auto-imagem é modificada a partir das interações, nas comunicações entre os grupos de pertença. Neste caso, no contexto familiar a relação entre pai e filha mostra-se conflituosa. Palavras de desprezo e agressão emitidas pelo pai veiculam imagens, símbolos e representações negativas que influenciará a nova imagem que a jovem vai construindo em torno de si, ancorando-a sobre a diferença notada no corpo e produzida pela enfermidade.

Eu fico muito em casa e minha mãe se aborrece comigo.

- Ela se aborrece por quê?

Sei lá! se aborrece, quando tá nervosa diz que eu sou aleijado, que eu sou, eu sou...fraco das pernas, porque que eu não já partir desse mundo pra outro, é horrível (chora) é triste porque realmente as pessoas estão neste mundo e passam por alguma coisa eu acho que ninguém quer sofrer algo assim alguma pessoa que tenha qualquer problema sente... a minha família própria mesmo diz, você morreu! Você tá com essa perna! (Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos)

O corpo em si é a parte exterior da pessoa, que por sua vez é um ser social, relacional. O corpo está sob a mira do outro, do público, que nos vê como parte de seu mundo, que também é um mundo de imagens. As pessoas com as quais nos relacionamos emitem juízos de valor sobre quem somos, como nos comportamos e sobre nossa aparência física, formando assim,

representações, influenciando o modo como nos comportamos. Se nos julgam belos, nos conduzimos como tal, se nos dizem que estamos sujos, reagimos como tal.

Ao olhar-nos no espelho, sem que se torne consciente, a imagem retratada que reflete em nossa direção, ou seja, o que vemos no espelho é a imagem que os outros projetam sobre nós. Nunca temos uma imagem real construída unicamente por nós, como indivíduos portadores daquele reflexo no espelho, pois a imagem é em grande parte, aquilo que as outras pessoas representam que somos, e que assimilamos. Muitas coisas podem não ser assimiladas em função de rejeitarmos tais imagens em nós, como também, muitas imagens acatamos por que coincidem com as imagens que já introjetamos, alimentamos e concordamos.

O impacto do julgamento que os outros fazem sobre nós, as imagens positivas ou negativas que estes compartilham conosco, através das interações, são tão impactantes quanto maior for o vínculo afetivo pré-estabelecido com estas pessoas (os outros), a exemplo da família, namorados/as, parceiros/as, amigos/as, e colegas, entre outros. Satisfazer as necessidades afetivas, oferecer apoio psicológico, compreensão e segurança figuram como funções da família que, supostamente, aceita a pessoa em sua integralidade e na qual, a pessoa se sente aceita. Desse modo, o impacto é causado por contrariar as expectativas de ver cumpridas tais funções e por alimentar uma imagem depreciativa, que julgamos que as pessoas a quem mais gostamos deveriam anular ou desconsiderar.

Isso decorre da incompatibilidade de imagens que a pessoa tem sobre sua *identidade social virtual* com a sua *identidade social real* (GOFFMAN, 1988), pois segundo Passos (1999) a identidade é uma forma dos indivíduos se reconhecerem e de serem reconhecidos, diz respeito ao modo como as pessoas se vêem e são vistos por outros. “Aquilo que os outros dizem e esperam dele, passa a fazer parte do que ele acha que é sua natureza e modelará seu perfil, a sua forma de ser”. (PASSOS, 1999, p.98).

4.5.6 O corpo ferido exige cuidado especial

As práticas de cuidado com o corpo representam uma das mudanças incorporadas à experiência da pessoa cronicamente ferida. Portanto higienizar-se, vestir-se, olhar-se no espelho, consistem em momentos de íntima relação com seu próprio corpo, um momento de conciliação

ou estranhamento. Algumas limitações em sua autonomia são refletidas no momento do banho, as adaptações ao espaço físico, a acomodação do corpo e a autoprestação de cuidados se tornam momentos de constante aprendizado sobre o corpo.

As/os participantes relataram que enfrentam dificuldade para higienizar-se e desenvolvem medidas para tornar o banho viável. Essas medidas são aprendidas com outros usuários dos ambulatórios ou com as enfermeiras.

Tomar banho é um (busca palavra) é uma viagem!!! , eu mesma não vou a casa de nenhuma pessoa pra passar o dia , ai eu vou pro dia todo, tá entendendo? Mas eu gosto de ficar em casa, porque em casa tá sentindo calor vai pro banheiro tomar banho, mas eu fico sentada num banco com os pés no vaso (sanitário) porque não pode molhar as pernas[...]Sento num banco e boto os pés em cima do vaso.(Rosa, 30 anos, ferida há 15 anos)

Por tomar banho eu boto a perna, eu tenho um banheiro eu não molho essa perna de jeito nenhum ai eu abro o chuveiro, boto a perna pra cima e me cuido, lavo passo sabão, se tiver descoberto (a ferida) eu passo a mão assim (demonstra como lava o ferimento) tomo banho normal. Eu faço o curativo toda a semana (todos os dias) só não sábado e domingo. Eu faço aqui todo dia nos outros dias eu faço lá no posto perto lá de casa ai eu faço. (Elza, 58 anos, ferida há 5 anos)

Um dos participantes relata que o momento do banho para ele, é o momento em que mais se conscientiza de sua condição de pessoa enferma, já que é neste momento em que se toca, se sente o corpo, se reconhece ferido, se dá conta de sua incompletude física, de suas dores e necessidades de cuidado.

Ai a minha preocupação maior é nessa hora também, porque ai eu tenho realmente botar um banquinho no box do banheiro de vez em quando usar um saco, de um lado e do outro secar e botar uma camisa ou uma toalha e ir tomando banho normal, ai todo água que escorrer fico na camisa não deixa molhar a bota pra não dar odor, porque quando molha dá odor, e é nessa hora que é que eu mais sinto que eu tô com um problema.(Eduardo, 40 anos, ferida há 21 anos)

Um modo de apresentar o corpo, de vestir-se, de banhar-se, de proteger o ferimento para evitar umedecer, de isolar-se, apresentar-se no espaço doméstico, a higiene antes de visitar a unidade de saúde, a troca de curativos, as medidas assépticas que se deslocam do hospital para casa, a história a ser contada em público, a dor calada durante o sexo, o choro contido à noite, a repulsa alheia, o ritual para contar os fatos sobre a ferida. Enfim, todo um conjunto de práticas

exercidas por essas pessoas, determinadas por suas representações e as de seu entorno social, revelam como práticas do cuidado estão fundamentadas na representação do corpo como corpo rejeitado, dentro de um *habitus* de um corpo enfermo.

Para o banho, há a necessidade de evitar umedecer o curativo. Para tanto, as pessoas usam um banquinho para apoiar os pés, ou sentam em uma cadeira e apóiam seus pés no vaso sanitário. Outros envolvem o membro ferido em um saco plástico e /ou evitam o uso do chuveiro, tomando banho com auxílio de utensílios domésticos tais como baldes, canecos, panelas e bacias.

Para suplantar o odor das feridas, costumam se banhar momentos antes dos encontros ou das saídas para ambientes fora de sua casa, como ir às compras, recorrer ao ônibus, ir ao serviço de saúde. Também é comum a troca de curativos antes do previsto pela recomendação dos profissionais. Ao perceberem que exalam odores, ou ainda aqueles que tem melhor condição sócio econômica, compram os materiais necessários e fazem, eles mesmos, as trocas em suas casas, já que o serviço adota a prática de trocar o curativo (a terapia compressiva) apenas uma vez por semana.

eu acho que não tem condições de uma pessoa levar 7 dias com uma bota, no mínimo duas, no mínimo duas dá agora uma não dá.... eu acho que às vezes pessoas aqui usam isso deixam ficar 7 dias ou mais, eu retiro a minha em casa, quinta-feira, sexta-feira eu já estou retirando, começou (o odor)... eu já estou retirando porque está me incomodando não vai incomodar os outros? Então, eu retiro (a bota de Unna) pego o sabão e lavo, lavo debaixo da torneira, depois é que eu venho com o soro fisiológico limpo tudo e fecho com gaze.” (Jonas, 58 anos, ferido há 2 anos)

O que os depoentes alegam é que antes de uma semana as bandagens já estão saturadas de muita secreção, tornando-se para eles insuportável o odor, o que os restringe, ainda mais, ao ambiente privado, além de prejudicar os contatos sociais.

Porque a bota quando chega 4 dias fica aquele odor, entendeu? Ai aquele odor eu acho que incomoda muito, me incomoda quando eu fico sentindo imagine quem tá perto de mim? Ai eu tenho vergonha de ir na casa da pessoa, entendeu? Por causa disso, por que se eu vou... eu... aquela pessoa tá ali de junto de mim e tá sentindo aquele odor, entendeu?(Valdir, 48 anos, ferido há 6 anos)

As medidas adotadas pelas pessoas feridas, para superar os efeitos desagradáveis das feridas e/ou de suas terapias, mereceram destaque nesta categoria uma vez que seus

comportamentos de transgressão às orientações terapêuticas surgem fundamentadas em experiências negativas, que muitas vezes não são levadas em consideração durante as consultas ou prestação de cuidados nos serviços, levando-os, em dados momentos, ao abandono do tratamento, e por desconhecer tais experiências, os profissionais tendem a culpabilizar o doente pelos insucessos da terapia.

4.5.7 O corpo ferido é um corpo em luto

A partir de sentimentos depreciativos sobre si mesmos, de uma auto- imagem negativa, formulada através do sofrimento do corpo, do distanciamento de seu ideal de apresentação versus a realidade corporal concreta, as/os participantes denotam por meio da experiência estigmatizante e seus desdobramentos que, a relação com parceiros, amigos, família e demais pessoas, culminam em uma vida solitária, com baixa perspectiva de estabelecer parcerias duradouras.

Mulheres e homens representam seus corpos e a si mesmos como corpos sem vida, corpos meio-mortos, vida sem vida, vida vegetativa, como afirmou uma das participantes.

Com base nas vivências acima referidas pode-se inferir que os sentimentos apontados pelas/os participantes, deste estudo, se aproximam de uma experiência de luto do próprio corpo. As pessoas experimentam a morte de sua identidade na medida em que são obrigadas a assumir novas identidades. No dizer de Goffman (1988), uma “identidade deteriorada”, e são forçadas a aprender a conviver com um novo corpo, um corpo que é rejeitado publicamente e, também, autorejeitado.

Aspectos encontrados nas narrativas e comportamentos das pessoas com feridas crônicas apresentam similaridade com as etapas de luto encontradas por Klüber-Ross (1985; 1997) em pessoas sob processos de finitude. Essa autora identificou comportamentos de negação, ira, barganha, desesperança/depressão e aceitação assumidos por pessoas em processo de morte e morrer ou em suas famílias. Nas pessoas cronicamente feridas, encontramos comportamentos mais ou menos idênticos os quais descreveremos a seguir.

O comportamento de **negação** é experimentado, principalmente, no momento em que são admitidos no serviço especializado. Observou-se que se manifesta em consequência do forte impacto que sofrem ao conhecer o ambulatório, e se deparar com inúmeras pessoas em

sofrimento que convivem com as feridas há longas datas. Nesse momento, a pessoa tem oportunidade de conhecer outros homens e mulheres que convivem com suas lesões há cinco, dez, vinte anos ou mais. São pessoas de várias idades, muitos deles com lesões que iniciaram na juventude, com causas semelhantes à sua.

A pessoa se projeta nessa nova realidade, pouco conhecida, se confronta com suas crenças de como deve ser a vida de alguém que vive com uma ferida crônica, se confronta com seus medos e seus próprios preconceitos, antecipando assim, a realidade que necessita enfrentar e as possíveis dificuldades que encontrará ao longo desse novo caminho.

Logo, alguém do grupo perceberá que é novo no serviço e tratará de contar-lhe como funciona a unidade, historiar problemas e identificar pessoas com quem se pode contar, informar sobre as diversas formas de auxílio frente aos problemas que podem surgir, bem como sobre as limitações do serviço de saúde.

As/os participantes interagem com outras pessoas cronicamente feridas que contam suas histórias, seu dilemas, suas dificuldades, suas dores, as rejeições, as discriminações sofridas, os internamentos e, mais que isso, dentro da sala de cuidados presencia a troca de curativos de outras pessoas, visualiza suas feridas, cada uma de aspecto distinto da outra, vê feridas que são maiores e mais velhas que a sua, olha as pessoas e as imagina anos e anos naquele lugar, com aquele problema, submetendo-se ao tratamento infinitamente.

*Todo mundo já viu a ferida de todo mundo...entendeu? por que aqui nessa sala é um ou outro, mas na outra sala que é onde coloca a bota , ficam quatro, entendeu? então a gente vê, cada um dá pra ver a ferida de todo mundo ...e é cada uma assim que eu falo Meu Deus do céu o que é isso!!!É muita ferida.
(Glória, 34 anos, ferida há 3 anos)*

Toda essa imersão apavora o recém chegado ao serviço, e a pessoa se nega a colocar-se naquele lugar, o seu novo lugar, o lugar do enfermo crônico que deve assimilar um papel dentro daquele espaço. A pessoa se questiona, como pode alguém chegar a ficar assim por tanto tempo, repete para si mesma: “eu não vou ficar assim, eu não quero ser assim!” Muitos se escondem de outras pessoas, temem ser identificados dentro da unidade, temem que lhe perguntem que motivos o levaram ali, desviam-se de contatos com profissionais que residem no mesmo bairro para evitar que sua imagem seja assimilada como de usuário da unidade e que tal fato seja divulgado entre seus conhecidos.

De acordo com Susaki, Silva e Possari (2006, p.145), a negação “ pode ser uma defesa temporária ou, em alguns, casos pode sustentar-se até o fim”, ou seja, a pessoa ferida por exemplo, pode experimentar o sentimento de negação por todo o tempo que permanecer ferida. Ainda segundo tais autores, a pessoa desconfia da competência dos profissionais que a atende, e em geral “o pensamento que traduz essa defesa é: ‘não, eu não, não é verdade’”.

Observa-se um maior questionamento acerca das terapias, sua efetividade, as queixas sobre o serviço podem surgir, a inquietação na espera pelo atendimento, a necessidade de expressar verbalmente o seu sofrimento, ou simplesmente o silêncio durante todo o curativo. O comportamento pode apresentar-se mais passivo ou mais agressivo, agitado. A pessoa pode desistir do tratamento ou rejeitar cuidados nesta fase.

Eu tava com fé em Deus que em dezembro eu vou estar sem isso aqui, mas do jeito que eu estou vendo aqui vou passar o ano de 2009 todo, aí entra ano e sai ano, entendeu a mesma coisa e o tempo passa...entendeu, e eu não vejo assim tanto progresso (Glória, 34 anos, ferida há 3 anos).

Susaki, Silva e Possari (2006) referem que a **raiva** se manifesta com o surgimento de “sentimentos de ira, revolta, e ressentimento” nesta fase as pessoas costumam se questionar: "porquê eu?". Segundo esses autores a equipe de Enfermagem pode perceber maior dificuldade em lidar com as pessoas que atravessam essa fase “pois a raiva se propaga em todas as direções, projetando-se no ambiente, muitas vezes, sem "razão plausível". (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006, p.145).

Ao perceber que sua ferida não cicatriza, que a cura custa a acontecer, que sua situação se mantém inalterada, a pessoa pode ingressar em comportamentos de **barganha**. Busca outros serviços e profissionais, gasta suas economias em atendimentos de serviços privados acreditando que podem acessar melhores serviços, realizam promessas, fazem pactos com entidades divinas (KLÜBER-ROSS,1985), Deus, os Orixás, São Lázaro, e outros, realizam orações, muitos se convertem a religiões que antes não professavam. No grupo encontramos muitos que após a ferida se converteram ao culto evangélico.

As pessoas buscam através da fé a cura de seu problema. Tendem a aceitar qualquer indicação de tratamento, prometem mudar comportamentos considerados pouco saudáveis, tendem a se culpabilizar por não haver se recuperado. Buscam agradar os profissionais de saúde, trazendo presentes, doces, chocolates, frutas, convites para um café. Pedem para serem

internados, acreditando que a hospitalização poderá melhorar sua situação mediante o uso de medidas agressivas como cirurgias, desbridamentos e amputações.

Este momento é marcado por uma necessidade de alimentar a esperança por parte do enfermo. Este invoca o nome de Deus mais frequentemente e repete isso, reforçando em si mesmo seu compromisso com as mudanças prometidas, como forma de reafirmar seu contrato com a divindade que pensa o ajudará a sair daquele estado crônico e sofrido.

Às vezes fico em casa pensando, falando com Deus que eu queria ser bem pobrezinha, não ter nada, nada mesmo, mas ter minha saúde de volta. Faria qualquer coisa pra eu ter minha saúde [diz isso chorando](Geruza 50 anos, ferida há 8 anos).

A inobservância de melhora, o aprofundamento da úlcera, a piora da lesão inicial ou o aparecimento de novas feridas conduz a pessoa a processos de sofrimento psicoemocional sinalizados por atitudes de apatia, ou agressividade. O discurso pode revelar a vontade de abandonar o tratamento, já que esta fase está marcada por uma acentuada perda da esperança. Essa fase que se assemelha à fase de depressão relatada por Klüber-Ross (1985), nós denominamos aqui de **desesperança**.

Uma entrevistada, ao ser questionada sobre as últimas consultas ela relatou que os médicos não pedem exames, que só conseguiu realizar um *doppler scan* por que ela mesma insistiu para que o médico o solicitasse,

ao ver o resultado só dizem: é, seus exames estão todos normais” Então ela reflete: “se está tudo normal por que não buscam uma solução? Estou cansada, não adianta falar, conversar o que eu quero é me ver livre desse problema. (Geruza 50 anos, ferida há 8 anos).

A pessoa pode identificar toda a sua trajetória dentro do serviço como algo sem sentido já que não consegue obter a cura. Não faz sentido para ela freqüentar assiduamente o ambulatório já que o tratamento não resulta naquilo que ela esperava.

A **aceitação** caracteriza-se como uma fase em que a pessoa parece entrar em conciliação com seu próprio corpo enfermo. A experiência do ambulatório com demais pacientes pode ajudá-lo a encontrar novas formas de cuidado, assimilar um novo estilo de vida e superar algumas dificuldades. Ao se deparar com outras pessoas em situação semelhante, a pessoa pode encontrar motivos para valorizar outros aspectos de sua vida evitando que a ferida continue figurando como

centro de suas preocupações. Neste espaço, pode ainda, encontrar pessoas que o auxiliem a construir novas relações, trocar experiências que o ajudarão a entrar em equilíbrio com sua situação de enfermidade crônica.

Você tem um ferimento assim muda tudo até seu relacionamento assim com outras pessoas tá entendendo? Elas sempre olham pra você assim...meias pálpebra assim (mostra olhando para baixo) e se você vê a diferença você fica logo doído. Agora não, tempo passado, depois que eu vim fazer os tratamentos aqui que eu to aprendendo assim a conviver com ela (ferida) eu acho assim: como eu vejo muita gente, não dizendo assim que eu me alegro com os problemas dos outros tá entendendo? Mas assim acorda assim pra vida e fala assim: pô não é só eu que tenho isso, porque assim você parece que vive outra vida aí agora é que eu to aprendendo a conviver com ela [...].(Rosa, 30 anos, ferida há 15 anos).

Alguns aspectos identificados foram considerados essenciais para promover a aceitação. Dentre eles destacamos a aprovação da aposentadoria por invalidez, a permanência da família com manutenção dos vínculos conjugais, a melhora da condição da dor e redução do tamanho da ferida após a adoção da terapia compressiva, e o contato permanente com outras pessoas igualmente enfermas.

Devemos destacar que as fases apresentadas não são estanques, podendo haver observação de comportamentos vinculados a mais de uma delas, ou ainda a pessoa permanecer em comportamentos característicos de apenas uma das fases descritas por todo o período que perdurar a ferida, revelando que, para as mulheres e homens participantes deste estudo, o corpo torna-se então sede de emoções negativas similares ao de pessoas que experimentam processos de enfermidade que conduzem à finitude.

4.6 REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXO E A VIVENCIA DA SEXUALIDADE

O sexo é referido, neste estudo, como um tema pouco ou quase nunca tratado pelos profissionais durante as visitas dos participantes à unidade de saúde, e em geral, quando são tratados, o são de forma restritiva. Nas poucas vezes em que o tema é tratado dirige-se especialmente aos homens, ou seja, o homem que porta uma ferida é prontamente orientado pelos profissionais de saúde, por seus familiares ou colegas a limitar suas relações sob o pretexto de que podem piorar. Ao que parece, isso não acontece igualmente entre as mulheres, a não ser quando estas, estando solteiras, relatam às suas amigas um suposto novo namorado. Ou seja, o tema sexo é um tema que os profissionais de saúde raramente tratam com as mulheres portadoras de feridas. Talvez mediados pela crença de que o sexo interessa mais aos homens, independentemente de estarem enfermos ou não, ou que sexo não é um assunto para se tratar com mulheres “enfermas”, já que elas “naturalmente” são “menos dispostas ao sexo” do que os homens.

Também, a prática médica e a Enfermagem não tratam as mesmas questões com os homens e as mulheres. Entre os primeiros, são tratados a questão do desejo, da ereção e da funcionalidade sexual, enquanto que com as mulheres são tratadas as questões relativas à reprodução e contracepção: “os homens continuam a ser considerados os principais agentes do ato sexual, e o desejo feminino continua amplamente ignorado como se o lugar das mulheres devesse permanecer limitado à afetividade”.(BOZON, 2005, p.95).

Segundo Walters e Willianson (1998), a falta de uma ação dirigida ao tema da sexualidade de pessoas que sofrem alterações físicas após cirurgia, traumas e enfermidades pode estar relacionado à crença dos profissionais de que as pessoas, nestas situações, passam por limitações físicas de performances que exigem ação física vigorosa e, nesse sentido, deixam de exercer diversas atividades, entre as quais se inclui a atividade sexual. Ao final das entrevistas, tivemos oportunidade de questionar aos participantes sobre como se sentiram falando do tema. Alguns deles relataram nunca ter tido oportunidade de falar sobre esse tema nas consultas:

-Você já conversou sobre esse tema com alguém?

-Aqui no hospital não, é a primeira vez. Eu não gosto... por eu ter meu problema eu fico meio isolado, entendeu?(Cláudio, 44 anos, ferido há 20 anos)

O fato de sentirem-se inibidos ao perguntar sobre aspectos relacionados à vida sexual, ou a falta de oportunidade para fazê-lo, nos espaços dos ambulatórios e consultórios, não significa dizer que as pessoas com feridas não se interessam por sexo, como podem pensar a maioria dos profissionais. Conforme já foi explorado em vários estudos, o sexo ao contrário é um tema que interessa às pessoas enfermas e representa um aspecto importante para a qualidade de vida dessas pessoas. Durante as narrativas colhidas, neste estudo, ficou claro que a vida sexual pode aumentar a autoestima das pessoas fazendo-as sentirem-se importantes e valorizadas, face a uma experiência que corrobora com tantas perdas.

A seguir, serão apresentadas as categorias apreendidas neste estudo que configuraram como Representações sobre o sexo e a experiência da sexualidade de mulheres e homens que vivem com feridas, destacando que a primeira categoria apresentada foi a única representação positiva sobre sexo para as pessoas que vivem com feridas, seguidas das demais.

4.6.1 Sexo é bom e faz bem à saúde

As pessoas participantes deste estudo concebem o sexo como uma experiência boa e prazerosa. Esta percepção se ancora em experiências satisfatórias de prazer nas relações sexuais de cada um dos participantes, seja antes da ocorrência da ferida ou depois dela, embora as experiências posteriores estejam assinaladas como experiências atreladas às dificuldades de manejo da interação e, de manipulação do próprio corpo enfermo, mediante a experiência da dor física.

A experiência positiva do sexo, na enfermidade, resulta em melhora de sua autoconfiança para enfrentar novas relações no futuro, em maior autoestima, senso de autovalorização, em esperança e sentimento de que é possível buscar e sentir prazer apesar da enfermidade. Sexo é referido como bom por que relaxa o corpo e a mente, os fazem sentir-se queridos, desejados, importantes e vivos. Nesse sentido, está representado de forma positiva, mas o sexo estando ferido também pode ser ruim e difícil, proibido, esquecido, representado por experiências negativas.

Ai eu me esqueço de tudo esqueço o que sou, esqueço que sou doente e me deixo envolver, né? É minha alegria, se concentro naquela hora de que eu sou uma pessoa normal. (Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos)

O sexo, ao mesmo tempo em que é visto como uma ação prazerosa, é entendido, também, como algo que pode complicar o estado da ferida, impedindo sua cicatrização. Tal representação é a justificativa mais utilizada para abolir ou reduzir a frequência dos intercursos sexuais, seja pelos próprios doentes, seja por seus parceiros.

Meu relacionamento quando não tinha (a ferida) era um e agora que eu estou com a ferida o relacionamento mudou muito. Caiu, eu só posso fazer relação com ela duas vezes por mês, três vezes só e acabou, mais do que isso já... porque quando pratico, quando faço relação, quando eu termino assim, quando é na faixa de uns cinco minutos mais ou menos eu começo a sentir dor no pé, começo aquele negócio queimando, aquele odor ai sei o que foi, foi por causa da relação, da relação que tive ai tem que agüentar um bom tempo pra depois, por isso que eu só posso fazer de duas, três vezes por mês. É um negócio sério, isso aqui é problema. Antes era bom, era bom demais, podia praticar o sexo até 15 vezes, 20 vezes por mês agora caiu mesmo 3 vezes, 2-3 vezes por mês, isso aqui é um problema sério, um problema muito sério mesmo. (Valdir, 48 anos, ferido há 6 anos)

O sexo bom para os homens está representado como sexo em quantidade, variedade de parceiras e frequência elevada. Para as mulheres, vem ancorado na noção de envolvimento amoroso. Para elas, sexo bom é o sexo com amor. As possibilidades de namorar surgem, no entanto, tais mulheres não acreditam nas intenções masculinas, supondo que os mesmos desejam explorá-las e descartá-las, já que “não são mulheres completas”. Neste sentido, optam por sublimar o desejo e ocupar-se de outros interesses, como a família e os filhos.

Ah! ele é um senhor já, ele tem quarenta e poucos anos, quase cinqüenta, mas surgiu assim só de olhar, e ele falava com outras pessoas que ia me paquerar e ai eu dizia: comigo mesmo não! Quem quer ele? Eu! quero não. Ai ele dizia assim, não só pra um dia só, uns dois dias... Ele vai chegar na minha casa vai querer mandar na minha casa eu não quero não, ai ele largou de falar com essa pessoa que falava e passava pra mim! Eu vejo ele quase todo dia, ele diz oi, eu digo oi e acabou. [...] Sabe porquê? Porque é assim: eu com essa perna assim ele só queria me usar pra matar a vontade dele e pronto, ai eu disse a ele: assim não! Ai às vezes ele me perturba, diz ele que gosta de mim. Gosta não! Todos homens são iguais aí pronto acabou... é só amizade mesmo... (longo silêncio...)
(Elza, 58 anos, ferida há 5 anos)

Alimentadas por uma expectativa romântica, as mulheres buscam um companheiro,

sustentam a idéia de que, ao se aproximar delas os homens devem deixar claras intenções de um compromisso formal e duradouro que esteja cercado de comportamentos que expressem sentimentos de afeição e interesse genuíno em seu bem estar, algo que garanta a continuidade da relação, a existência de um vínculo.

Mas é que eu queria que a gente continuasse, sabe... eu acho que ele vai depois...que vai vendo a pessoa...não sei! Assim com o problema (a ferida) mas só que a pessoa (refere-se a si mesmo) se cuida, né! Da maneira que pode, faz o curativo tudo certinho no dia e na hora certa, mas só que ele vê a pessoa ficar com a ferida não vê cicatrizando ai abandona a pessoa, né! E às vezes também, tem homens que só quer um passa tempo mesmo, aqui mesmo tem um. Eu tenho três anos aqui fazendo curativo eu conheço ele, ele ficou falando me chamou até pra namorar mas o namoro dele eu sei qual é, é somente mesmo o vício da carne... por isso eu não aceito é só pra conhecer meu corpo. Eu não aceito também !

Ao ser questionada por que não aceita o convite do colega de ambulatório para sair ela contesta:

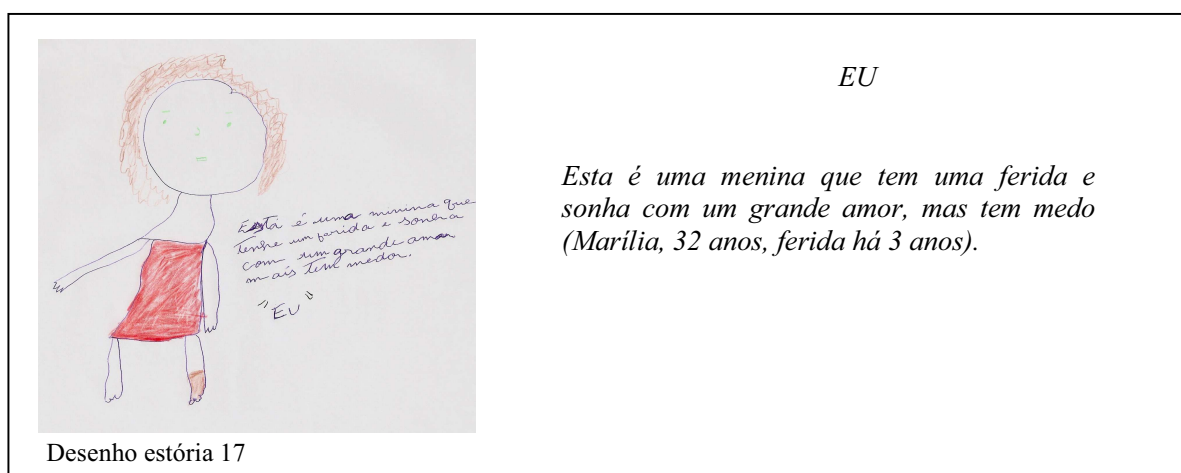
Eu ai não vou! (ri) eu não vou porque na hora de tirar, de trocar a roupa essas coisas aí a pessoa vê, não sei qual vai ser a reação, mas ele sabe, né? Não sei qual será a reação. Assim se vai continuar... tenho medo, tem muitos que vem dá tempinho, diz ali:-“ que nada isso e bobagem!”... depois vai ... some! Some!(Eliane, 58 anos, ferida há 30 anos)

A busca pelo amor romântico, por parte das mulheres, é difundido nos variados espaços culturais, na educação de meninas que alimentam sonhos em que protagonizam a espera por alguém forte e viril, o príncipe encantado que venha salvá-las de seu martírio e protegê-las para sempre. Apesar das mudanças que marcam na atualidade uma maior emancipação feminina, tais símbolos persistem no imaginário das mulheres que buscam nos encontros desde a primeira vez o enlace de compromissos.

Ah! se acontecer chegar uma pessoa assim poderia até ter uma pessoa com uma idade mais avançada que dissesse assim pra mim: olhe Elza gostei de você sei que você está com esse problema na perna, eu vou... você vai cuidar de mim, eu cuidar de você. Ai eu ia aceitar, primeiro eu ia ver a sinceridade ia ver se era verdade, se era mentira, ai eu toparia. Ai eu cuidava dele e ele cuidava de mim. (silêncio). (Elza, 58 anos, ferida há 5 anos)

Outro aspecto que fundamenta tal comportamento das mulheres é o de atender às perspectivas morais. A assimetria social entre os sexos levanta suspeitas às mulheres que tem

vários parceiros, rotulando-as de mulheres fáceis, e as inibe de buscar o sexo como experiência de desejo e prazer corporal. Na sociedade, as mulheres ainda são valorizadas em relação à parcimônia com que se entregam, enquanto que aos homens, quanto ao número de mulheres conquistadas. As relações sexuais nas mulheres são justificáveis exclusivamente quando decorrem de motivos amorosos ou conjugais (BOZON, 2004).



A estória representada pela participante acima revela sua noção de encontro com parceiros dentro de uma expectativa romântica para sua realização pessoal. Um pressuposto de que, sem amor, o encontro não tem sentido de acontecer. Se esta norma para as mulheres já tem um valor significativo, dentro da experiência do corpo ferido ganha um peso ainda maior desde quando se entenda que, para aceitar um corpo “estigmatizado”, depreciado como o corpo ferido, o homem deve, de antemão, alimentar um amor pela mulher desejada. Este aspecto cria na mulher uma maior exigência na aceitação dos pares, pautada nas representações de corpo feminino belo e perfeito a serviço do prazer masculino.

Para Swain (2008), há um conjunto de discursos e representações sociais que constrói um “dispositivo amoroso” através dos textos filosóficos, religiosos, científicos, das tradições e do senso comum que envolve a imagem da “verdadeira mulher” com atributos de doce, amável, devotada e sobretudo, amorosa. “Amorosa de seu marido, de seus filhos, de sua família, além do limite, de toda expressão de si”. (SWAIN, 2008).

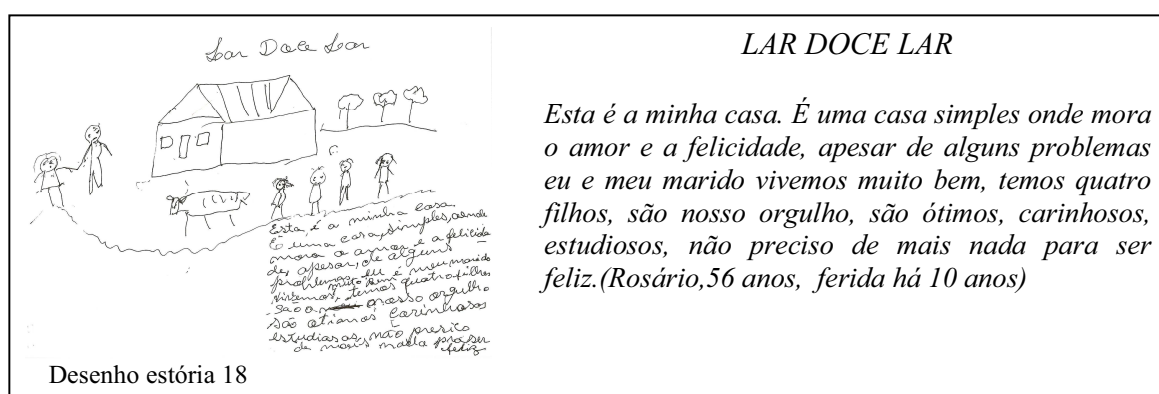
Vejamos a narrativa desta participante ao ser questionada se após a separação já tivera

novos envolvimento. Ela responde:

- De lá pra cá você namorou alguém?

Não! Eu amava ele, porque eu amava ele! Porque eu amava ele, certo! Amava ele mesmo de verdade. Era mais de dezoito anos a gente junto entre namoro e junto, então eu amava, ele na verdade era tudo pra mim. (Elza, 58 anos, ferida há 5 anos)

O amor, assim afirma Swain (2008), estaria expresso para as mulheres como fundamento identitário, uma necessidade, razão de viver, razão de ser, assim como o sexo está para os homens. Em função desse dispositivo amoroso, as mulheres encarnam-se como sujeitos capazes de se sacrificar e viver no esquecimento de si mesmas em função do amor de outrem. Além disso, manipulam seus corpos às exigências da beleza, guiam os seus pensamentos e comportamentos em busca de um amor ideal, um amor pautado nas trocas e emoções, na partilha e cumplicidade, onde o lugar da sexualidade muitas vezes apresenta-se como acessório.



As mulheres que se separaram, se ressentem por ter deixado de partilhar suas vidas com um homem com o qual muitas vezes exerciam sexo sem prazer por sentir-se obrigadas a sustentar um casamento e a satisfazer as “necessidades do marido”. Neste grupo o sexo é representado como parte do acordo do casal. E o interesse em manter o relacionamento mesmo sem prazer, para as mulheres, justifica-se pela expectativa de amar e ser amada.

Para as mulheres que mantiveram seus relacionamentos após o evento da ferida, foram ressaltados nas relações afetivas entre os familiares e, nas expressões verbais que uma vez que a esfera afetiva esteja harmonizada, o sexo é entendido como dispensável ou menos necessário. Na

estória do segundo desenho apresentado nesta categoria, a participante afirma “*eu e meu marido vivemos muito bem, temos quatro filhos, são nosso orgulho, são ótimos, carinhosos, estudiosos, não preciso de mais nada para ser feliz*”, seu marido também é portador de feridas nos dois membros inferiores, e ao informar que encontram dificuldades, reforçam o papel das relações familiares como centrais para a sua satisfação pessoal.

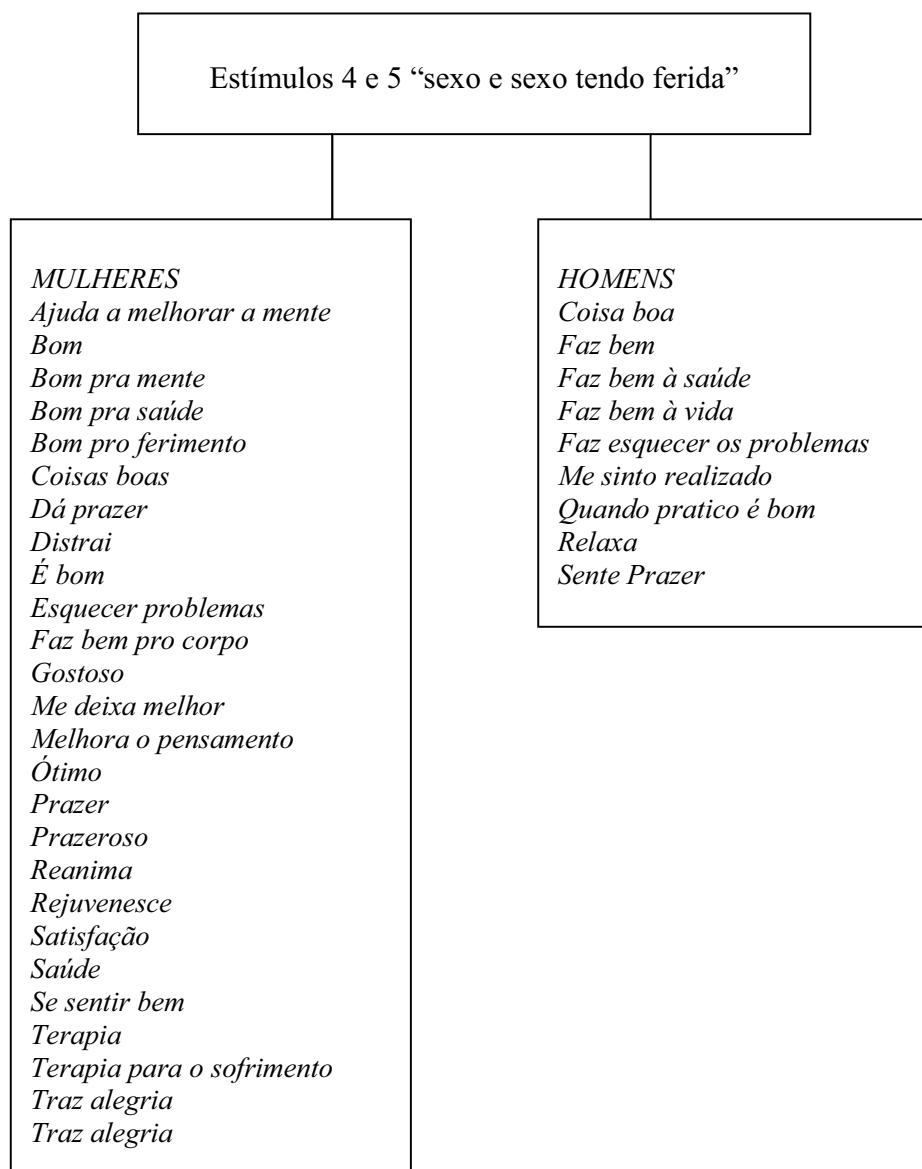
Quando homens e mulheres falam de sexo, não estão falando de sexo no mesmo sentido nem da mesma maneira. Enquanto os discursos femininos se centram na contextualização afetivo-romântica das suas relações, os discursos masculinos enfocam a capacidade técnica-corporal para o desempenho do ato sexual. No caso dos homens, a sexualidade aparece despida de expectativas românticas; a sexualidade masculina pertence ao domínio da corporalidade ou figura na representada subalternidade dos sentimentos aos desígnios e pulsões corporais do sexo. O corpo masculino age de acordo com aquilo que é percebido como socialmente legítimo e constitutivo da própria identidade masculina. (LEAL; KNAUTH, 2006, p.1377).

A noção de sexo bom, sexo satisfatório, vincula-se a representação de sexo em grande quantidade e variedade de parcerias para os homens, enquanto para as mulheres o sexo prazeroso e ideal atrela-se à noção de relacionamento duradouro, casamento ou compromisso pautado em relação afetiva. Esse modo de entender o sexo é produto de aprendizagem de práticas repetidas nos contextos sociais transitados pelos sujeitos.

O sexo representado como uma experiência boa, positiva foi ancorado em suas conseqüências de relaxamento, entendido como algo capaz de melhorar o estado do corpo e da mente, uma terapia para os problemas diários, como pode ser visualizado no esquema 4 logo a seguir.

Através do esquema 4 pode-se observar que as evocações sobre sexo “sexo” e “sexo tendo uma ferida” mostraram-se com conteúdos positivos tanto para as mulheres quanto para os homens, embora no que se refere às mulheres haja combinado aos conteúdos expressados para tais estímulos o relato de **perda do desejo, diminuição do interesse, sexo como algo desagradável, sexo feito apenas para agradar ao outro**, apresentadas em outras categorias. Esses dados confirmam que, ao representar o objeto, as pessoas o fazem expressando sua dimensão tanto positiva como negativa, possibilitando explorar as variadas facetas da experiência afetivo sexual das/os participantes que remetem ao caráter coletivo e ao mesmo tempo individual da construção das representações sociais em torno da sexualidade com o corpo ferido.

ESQUEMA 4- CONTRIBUIÇÕES DAS ASSOCIAÇÕES LIVRE DE PALAVRAS
PARA A CATEGORIA “SEXO É BOM”⁶



⁶ Esquema extraído a partir na análise de conteúdo das associações livre de palavras, obtidas mediante aplicação do TALP.

4.6.2 Sexo pode piorar a ferida

A ocorrência de sexo face a existência da ferida crônica está cercado de tabus, o que coloca as pessoas enfermas num dilema, uma vez que acreditam que o sexo é bom e necessário, mas também, desenvolvem representações, nos espaços de ambulatórios, consultas e conversas com outros doentes, acerca do valor do sexo em suas vidas e o representam como algo negativo e ruim. Enquanto se sentem bem durante as relações sexuais também sentem medo, receio de estar se distanciando da reabilitação com suas práticas sexuais.

O povo fala que ter sexo não é bom pro ferimento (Elba, 53 anos, ferida há 15 anos)

- Com algumas mulheres a gente força mais e há outras que você não precisa fazer muitas coisas. Porque sempre aquela mulher carinhosa, que ela sabe fazer o carinho, você se satisfaz, há aquelas, às vezes você pega a mulher mais fria, da mesma coisa que tem o homem frio, existe elas que só querem... e a pessoa aí se esforça aí pode acontecer, e não é pra fazer isso vai ficar mais ferido. (Marcos, 56 anos, ferido há 2 anos)

Os homens participantes, deste estudo, culpabilizam as mulheres pela piora do seu estado geral ou da ferida após as relações sexuais, atribuindo tal piora à postura passiva das mesmas durante o ato sexual, o que os obrigam a adotar posturas mais ativas, e por isso, exige um esforço físico demasiado que, conseqüentemente, pode comprometer a circulação, provocar dor e retardar a cicatrização. Outros acreditam que, ao manifestar nojo dirigido à ferida, mesmo que não demonstrem verbalmente, tal sentimento produzirá efeitos deletérios sobre o objeto de sua repulsa, tornando-os mais frágeis levando a ferida a piorar, supurar, drenar, infectar. Assim, acreditam os homens que o sexo deve ser evitado com “certas mulheres” que demonstrem rejeitá-los sob o risco de piorar seu estado de saúde e retardar sua recuperação.

Eu disse a ela se você tiver com nojo vai dar bicho viu? Vai dar lagarta diz o povo que se a pessoa olhar (para a ferida) com nojo dá lagarta; isso aí foi uma senhora que me disse, só que eu estava (com a ferida) vermelhinha... E eu desconfiei que o sexo que eu fiz com essa figura e ela estava com nojo então eu acho que foi isso, juntou uma coisa com a outra: o nojo dela com o sexo que eu fiz. (Marcos, 56 anos, ferido há 2 anos)

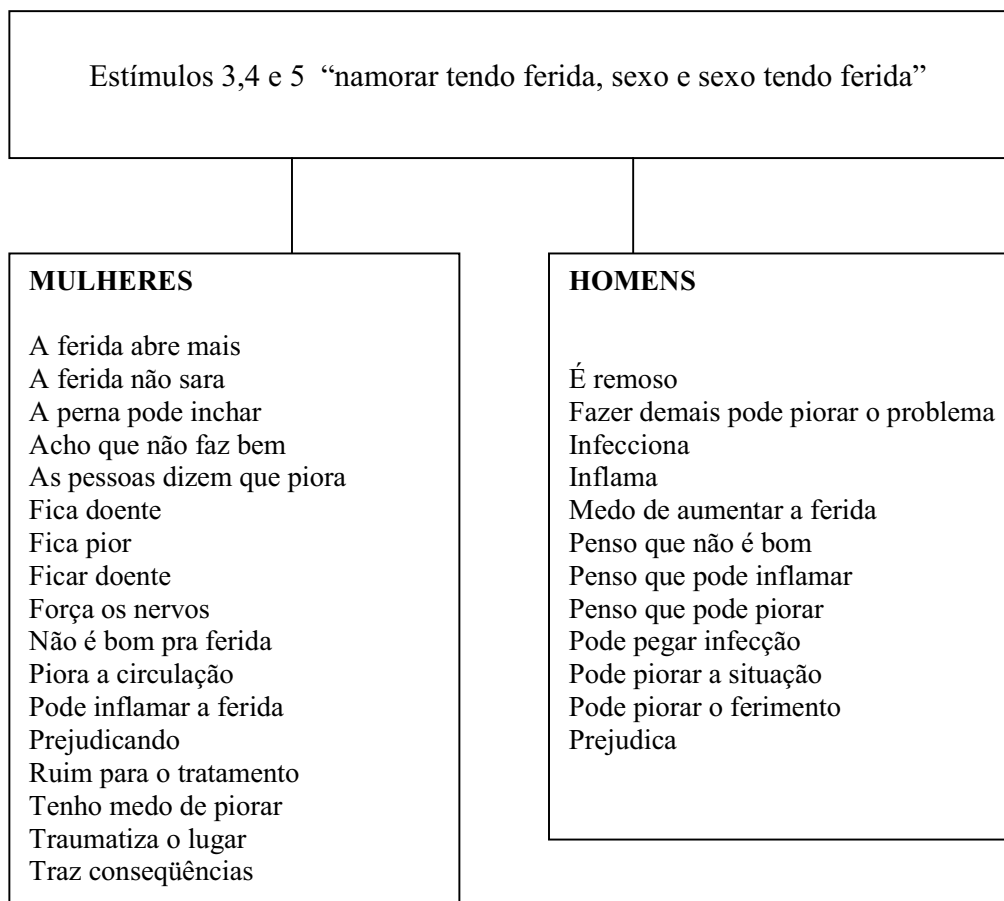
O sexo também é representado como um risco para a piora do estado de saúde da pessoa ferida quando este é feito em frequências elevadas, ou seja quando é praticado rotineiramente. A Representação da frequência sexual como risco aparece na fala dos participantes, mais do que das participantes deste estudo. O tema sexo aparece como algo comumente tratado pelos médicos durante as consultas com os homens, em que a diminuição da frequência aparece como uma restrição médica.

De acordo com Foucault (1999), desde que a construção dos discursos sobre a moral sexual foi inserido no imaginário como um mecanismo que seqüestra do corpo substancias vitais, acredita-se que ao expulsar sua semente, junto com ela elimina humores excedentes, privando o homem de elementos de grande valor para a sua própria existência.

Rapaz é o seguinte eu tenho relação com ela, mas não é todo dia ... eu procuro aliviar porque se eu tentar fazer todo dia isso aqui (à ferida) inflama, entendeu. O maior mal do homem é o relacionamento que se ele ficar fazendo todo dia ele tá se desgastando, quanto mais ele faz ele piora. Ter 3,2 às vezes uma, fazer controlado por que com esse problema não pode abusar. (Cláudio, 44 anos, ferida há 20 anos)

Com base nesta noção de perda de energia vital através do sexo, a atividade sexual sempre figurou entre o leque de restrições impostas nos planos terapêuticos, e mesmo que tal medida não seja comentada pelos profissionais de saúde, a adoção de abstinência sexual durante os diversos tratamentos de saúde já é previsto pelos próprios pacientes e seus parceiros. Observa-se que tais representações não são recentes e não se limita ao grupo aqui estudado.

ESQUEMA 5- CONTRIBUIÇÕES DAS ASSOCIAÇÕES LIVRE DE PALAVRAS
PARA A CATEGORIA “SEXO PODE PIORAR A FERIDA”



A categoria “sexo pode piorar” mostrou-se significativa para todas/os as/os participantes do grupo estudado. Após análise de conteúdo essa categoria aparece tanto nas narrativas como nas evoções extraídas do TALP para os estímulos “namorar tendo ferida”, “sexo” e “sexo tendo ferida”.

4.6.3 Sexo é coisa proibida (pelos médicos, amigos, família e demais profissionais de saúde)

Na relação médico-paciente se identifica a enfermidade mediante um diagnóstico. Nesse contexto, o médico impõe seu saber científico, prescreve regras de comportamento que separam a

pessoa de sua própria história, medicalizam seu corpo, desconsiderando as práticas e representações dos usuários/clientes, compreendidos como saberes subordinados, bem como os saberes de outras práticas de cuidado.

A pessoa ferida pode introjetar imagens, representações incoerentes e negativas que guiarão seu comportamento, gestando situações de ambiguidade entre suas necessidades e crenças que podem ser confrontadas com as recomendações médicas ou prontamente assimiladas. Abaixo, reproduzimos o diálogo recuperado em uma das narrativas, na qual o depoente recorda momentos da consulta em que informa a piora da ferida. Vejamos:

“- É dito pela medicina que a pessoa que tiver com uma enfermidade ela não pode ter sexo, é dito pelos médicos!”

Então perguntamos para ele: - o médico já lhe disse?

Claro! Claro! Por acaso eu tive sexo com uma figura...

Ele perguntou (o médico): o senhor tem sexo?

Eu disse: - eu tenho!

Ele disse: - deu bicho! (referindo-se a larvas que surgiu na sua ferida)

“Isso foi depois que eu tive sexo com uma figura”

O Doutor disse:- então suspende!

Eu disse: - oxe! E eu... vou ficar o tempo todo agora é... sem poder fazer nada é?

Na fala do médico, ele diz que eu não posso fazer sexo, mas o cara quer família, ele tem uma enfermidade... como eu estou com 2 anos com esse pé, eu vou ficar 2 anos sem o sexo? Mesmo que não seja com a família. Isso não pode não! O quê que o cara vai fazer? A não ser que tome um remédio pra controlar a mesma coisa é a mulher, ela também não vai resistir.

Você sente alguma coisa?

Não...(longo silêncio) com camaradas eu, já o sinal (fisgado-dor) quando eu estou tendo sexo com outras não! Ai eu não sei qual é o problema. Então eu tinha que procurar o médico pra saber dele, mas eu não quero procurar por que ele vai logo dizer: “você está fazendo aquilo?” (sexo), “você não vai ficar bem!” o que ele vai me dizer é isso então eu estou evitando... quando sarar é que eu vou perguntar a ele (rir nesta hora). Porque se eu perguntar, vem essa curiosidade “porque você pergunta assim?” (refere-se ao que o médico vai pensar).

- E se ele perguntar?

Eu vou mentir pra ele, vou dizer que não! Porque se eu for dizer a ele que eu tive sexo, ele vai achar ruim, ele vai logo dizer pra mim “por isso que não sarou ainda”. O senhor morreu disso! (Marcos, 56 anos, ferido há 2 anos)

Desse relato, podemos apreender que o sexo é representado como algo fisiológico e incontrolável, o qual, para um homem, se faz difícil abster-se. Na medida em que estabelece o diálogo com a investigadora, o depoente reflete e adiciona que, também, se faz difícil controlar a abstinência para uma mulher.

Embora represente o sexo como algo inevitável, reconhece na figura do médico o poder de controle da medicina sobre os corpos e sobre as práticas sexuais, seja com o uso de ordens restritivas, seja através de uso de medicamentos.

Segundo Juárez (2007, p. 256), na experiência do padecimento se estabelece um sistema de transações. O paciente recebe informações sobre o diagnóstico e se apropria do saber médico-científico tratando de ressignificá-lo, conforme seus próprios objetivos e possibilidades. Essas novas representações baseiam-se nas trocas comunicacionais, ocorridas nas múltiplas interações, entre os enfermos e os profissionais que cumprem a função de atendê-los.

A partir do momento em que as condutas sexuais da pessoa enferma são reorientadas no sentido de abster-se, podemos compreender a natureza das representações que se encontram em jogo acerca do corpo enfermo, representado como vetado ao sexo, ao que poderíamos agregar, corpo assexuado.

Carmen de la Cuesta-Benjumea (1999) destaca que, ainda que decidam buscar ajuda de profissionais, as pessoas nem sempre comunicam todos os sintomas e padecimentos, selecionando também o motivo da consulta. Acreditam, por exemplo, que serão advertidos por seu comportamento sexual, o que torna provável que tais aspectos jamais sejam versados por eles durante as consultas.

A atitude de resistência face à recomendação de abstinência pode ocorrer. No entanto, a pessoa se sentirá como que transgredindo a uma orientação médica que, mediante seu discurso, impõe limites e disciplinamento da vida sexual, o que via de regra “vislumbraria” sua melhora. A pessoa passa então, a ser motivada, por necessidade, a omitir seus hábitos durante as consultas e manter-se vigilante quanto ao tipo de questionamentos a fazer, evitando assim confrontar-se com as idéias do profissional de saúde e, conseqüentemente provocar desequilíbrio na relação cuidador-paciente uma vez que a pessoa enferma sente-se vulnerável à avaliação do profissional e necessitará manter esse contato enquanto durar sua necessidade de aceder ao tratamento.

Não é possível afirmar que tenha sido o médico o autor formal de uma proibição expressa acerca de limitar a atividade sexual. Não é possível confirmar nem mesmo contestar. Também não cabe aqui essa função de juiz; o que importa refletir é que, em algum momento, seja na interação com o próprio médico, com outros profissionais de saúde, outros usuários do serviço ou entre as demais pessoas em seu círculo social, essa idéia de “sexo proibido” fora veiculada, difundida e objetivada a partir da experiência de viver um corpo ferido.

A seguir, uma depoente relata sobre os conselhos que recebia de sua genitora para evitar o sexo, no sentido de prevenir complicações em seu estado de saúde:

É ela (minha mãe) ficava com medo, ela ficava dizendo que a pessoa que tem esse problema que não pode ter relação por que piora, por que infecciona, por que inflama por que isso, por que aquilo, que fica com odor ..aquelas coisas assim e tudo isso foi ajudando também, tudo isso ia alimentando aquela coisa na minha cabeça[...](Carina, 42 anos, ferida há 5 anos).

A difusão da idéia de sexo como algo perigoso, para os enfermos, se dá como uma atitude de zelo e cuidado, baseado em suas crenças, a família e os amigos aconselham o enfermo, acreditando que a prática sexual poderá implicar em perda de vitalidade e em debilidade da saúde para a pessoa.

4.6.4 Sexo é doloroso e difícil

A dor é um sintoma freqüente na vida de uma pessoa com ferida crônica de membro inferior. Ela costuma estar associada a outros sintomas, como ardência, fisgadas e prurido no local da lesão, podendo se estender a todo o membro. Em geral, a dor decorre da dificuldade encontrada pelo fluxo venoso ou arterial para manter seu caminho natural, uma vez que a circulação encontra obstáculos como trombos, vasos inelásticos, déficit nas válvulas, dentre outros. A experiência dolorosa acompanha as situações de mobilidade física, como caminhar, permanecer longos períodos na mesma posição, em pé ou sentado, movimentações vigorosas como nadar, caminhar, jogar bola, e também ter relações sexuais.

Assim, a dor pode afetar a atividade sexual da pessoa ferida, seja inibindo a pessoa de tomar iniciativa para o sexo, temendo a ocorrência dolorosa, ou restringindo as posições adotadas durante a relação ou limitando sua frequência.

Na hora sente um pouco de dificuldade porque tem que fazer movimento, chega na hora do movimento..... se fosse um negócio aqui mais em cima, eu tinha mais dificuldade mas o negócio é no pé.... depois sente um pouco de dor assim (Cláudio, 44 anos, ferido há 21 anos).

Os homens se queixam de “terem que se movimentar mais que a mulher” durante o ato sexual, a dor torna-se constante tanto durante, quanto após o ato sexual. As mulheres referem mais desconfortos após as relações, e durante o ato ocorrem desconfortos somente quando acidentalmente o parceiro traumatiza a área ferida. Para evitar tais eventos, costumam adotar determinadas posições que evitem a movimentação brusca durante o ato sexual, como por exemplo adotar a posição lateral, deitado, e evitar posições como em pé ou sentado, o que vai exigir uma negociação prévia entre os parceiros, sendo mais difícil quando o parceiro desconhece a existência da ferida e, desse modo, a pessoa enferma ao desejar esconder finge não sentir dor.

As repercussões sobre a atividade sexual são referidas por redução na frequência e limitações no posicionamento para o ato sexual, que marcam mais expressivamente o homem, uma vez que tais posições culturalmente foram colocadas como o homem ativo e a mulher passiva, cabendo ao primeiro uma maior movimentação durante o ato. Assim, a maioria das mulheres alegam não haver muitas mudanças na hora do sexo, embora queixam-se de dor após o ato e uma preocupação em não “magoar” ou traumatizar o ferimento durante o ato sexual.

Eu tenho que.. eu não posso fazer sexo em pé tem que ser deitado... com esse problema aqui lá força muito aí tem que ser na cama deitado ela deitada e eu, eu deitado de um jeito assim pra eu não poder forçar muito, entendeu? Mas mesmo assim quando acaba minutos depois começa a doer o pé.(Valdir, 48 anos, ferido há 6 anos)

Para contornar o problema da dor, é comum o uso de analgésicos durante o dia que se estima a possibilidade de um encontro sexual e adoção do posicionamento lateral, deitado ou

sentado para evitar demasiado esforço físico e traumas localizados. Além dessas medidas, usam também antiinflamatórios e antibióticos, buscam distrair-se vendo TV, lendo jornal ou revistas, adotam maior período de repouso, evitam longos deslocamentos que exigem andar a pé. Para os homens, os fatores mais limitantes encontram-se ancorados na autoimagem negativa de ser um homem improdutivo, e na experiência da dor incapacitante a qual a maioria se refere como o aspecto negativo mais limitante da relação sexual satisfatória

Eu tenho minha menina? Olha, tem hora que eu nem faço nem isso (namorar, ter sexo) porque eu faço e sinto mais dor, entende? Você não tem ânimo nem pra pensar nisso, sabe! Por que é todo o tempo sentindo dor! Seu tempo todo!(Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos)

A dor é após a relação, é imediatamente depois, poucos minutos depois. A dor às vezes eu não pratico muito sexo é porque dói, dói muito. Às vezes eu pratico sexo e já está com aquela dorzinha aí quando eu acabo de praticar o sexo a dor aumenta mais ainda com uns minutos depois ela aumenta mais ainda, aí eu já sei o que foi. (Valdir, 48 anos, ferido há 6 anos)

Deve-se levar em consideração a dor procedente das feridas, como uma experiência que implica no mínimo três dimensões (sensorial, afetiva e cognitiva). **A dimensão sensorial** informa sobre quanto dói uma ferida e ao que se assemelha esta dor tais como: queimação, ardência, fisgada, pontadas ou outras sensações físicas desconfortáveis. Após o dano tissular inicial, a resposta inflamatória sensibiliza os receptores da dor na pele e isso ajuda a pessoa a localizar a extensão e o lugar da ferida para poder protegê-la (BRIGGS; TORRA i BOU, 1988).

No caso da ferida aguda, a dor se reduz ao tempo em que cicatriza. Nas feridas crônicas ao contrário, o impacto da resposta inflamatória prolongada pode ampliar a sensibilidade dolorosa na ferida e nas áreas adjacentes. Se ocorrem repetidos estímulos dolorosos, como por exemplo, os que ocorre na limpeza das feridas e troca de curativos, o paciente pode entrar em um círculo de estímulos nocivo em que, qualquer estímulo ou sensação podem ser percebidos como dor. Desde as mais leves sensações como as mudanças de temperatura ou a percepção da perna edemaciada podem produzir uma resposta ampliada, originada no sistema nervoso central, fazendo com que a pessoa sinta dores insuportáveis. Os nervos podem também emitir “liberações ectópicas”, produzindo dor repentina e aguda na perna sem motivos aparentes e cuja analgesia não obtém resultados satisfatórios carecendo de uma manejo clínico que envolve o uso de antidepressivos e antiepilépticos para alterar a atividade nervosa.

A **dimensão afetiva** se refere ao impacto emocional da dor, ou seja, como a dor é sentida pelo paciente. As sensações mais comuns são medo, ira, ansiedade e fadiga, sensações estas que podem exacerbar a dor ou que podem ser exacerbadas pela resposta à dor produzida pelo paciente (BRIGGS; TORRA i BOU, 1988).

A **dimensão cognitiva** é o aspecto da dor que está relacionado com as atitudes e crenças dos pacientes sobre sua experiência de dor, o que eles crêem que causa a dor e as estratégias que empregam para superá-la (BRIGGS; TORRA i BOU, 1988).

Desse modo, aquelas pessoas que estiveram expostos, previamente, à dor durante as relações sexuais podem recordar esta dor e apresentarem-se apreensivos diante da possibilidade de voltar a experimentá-la.

Vale ressaltar que, neste estudo, a expressão “dor” foi evocada em todos os estímulos aplicados: “corpo ferido”, “namoro” “namorar tendo ferida”, “sexo” e “sexo tendo ferida”, além de ser referida por todas/os participantes em algum momento da entrevista, o que assegura a relevância da dor na experiência de pessoas feridas carecendo de valorização deste aspecto por parte dos cuidadores.

O sexo é considerado difícil, exigindo uma preparação e aviso prévio dos parceiros, um cuidado higiênico com a ferida a fim de minimizar os odores, a tomada de medicamentos analgésicos para suprimir a dor, podendo, ainda assim, sofrer interrupções se a dor se tornar insuportável durante o ato sexual.

Tinha, tinha que cuidar disso, fazer sempre, cuidar depois, tomar banho...Tinha...eu sempre cobria (a ferida) ficava cobertinha pra não machucar, e na cama eu sempre colocava um pano limpinho por cima pra não poder ter contato com a coberta.(Elba, 53 anos, ferida há 15 anos)

Sexo é difícil por que provoca vergonha de expor o corpo ferido

Foi muito difícil, eu senti muita vergonha, não foi muito legal não a primeira vez não foi muito bom, por que eu fiquei muito envergonhada, não tinha assim aquela...não me entreguei totalmente como tem que ser, né! como deveria ser aí com o carinho dele com a atenção dele eu fui relaxando, relaxando e aí pronto, foi tudo bem.(Carina, 42 anos, ferida há 5 anos)

As dificuldades experienciadas, produzem expectativas face aos encontros sexuais, fazendo com que tais pessoas mobilizem recursos diversos de preparo do corpo, discursos ensaiados para um encontro e cercado de preocupações com seus futuros êxitos ou insucessos.

CASAL DE POMBINHOS



Aqui é um casal bem romântico só que o rapaz está doente com duas feridas na perna e a ferida bem aberta, e ele faz tudo pra cuidar dessa ferida pra que ele fique bom. Aqui está a esposa dele junto, muito romântico, mais ou menos. Ele só fica pensando que a perna dele não fique inchada. Ele está com a camisa azul e ela está com o vestido azul também. Essa história é uma história muito boa, os dois românticos se dão muito bem por que eles dois sentam, conversam e acaba tudo dando certo. E os dois esta de parabéns. Final. (Francisco, 52 anos, ferida há 20 anos).

Desenho estória 19

Nota-se que há uma preocupação constante sobre a condição da ferida, uma expectativa de sinais de piora, desconfortos e mal estar, mesmo quando a relação se dá entre parceiros que conhecem previamente o problema. A história apresentada no quadro acima reflete que a ferida é preocupação constante na possibilidade dos encontros íntimos.

Uma das entrevistadas relata como se organiza para um encontro com seus parceiros, quando ela aborda que realiza os cuidados que as pessoas “tem que ter” aciona as representações cristalizadas sobre a norma de apresentação do corpo.

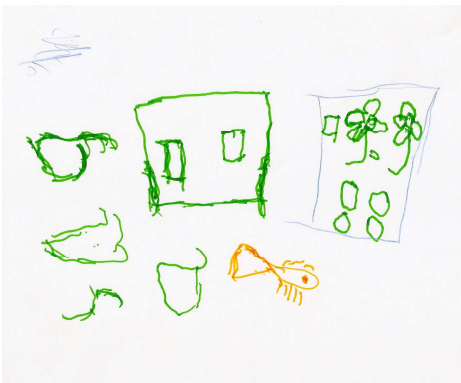
Eu tenho os cuidados que a gente tem que ter, na hora que a gente sai com uma pessoa, né? Curativinho feito. Eu sempre que quando saio eu trocava ele na hora que ia sair, meu curativo era feito na hora, que eu saia eu preparava tudo, ajeitava tudo. (Eliane, 58 anos, ferida há 30 anos)

Sexo é difícil por que mobiliza a vergonha de expor as fragilidades e incompletude de um corpo ferido

Mas era difícil, porque na hora da intimidade...no começo e aquela animação, aquela coisa, aquela alegria, euforia, querendo aceitar...mas no fundo que não tem nenhuma pessoa... depois a gente fica alegre quando arruma uma pessoa né? E aceita a pessoa... depois vai chegando mais com um tempinho já ai começo as coisas (intimidade)... sei lá, depende da pessoa... não que a pessoa me diga nada mas eu acho que eu não deveria por causa desse problema da perna, principalmente quando o cara chega na intimidade, né? Você sabe! Não

era nada mas começando o namoro de repente, ah vamos ali lanchar, vamos almoçar, vamos ali repousar, vamos ali descansar e ai quando chega a hora(silêncio)(Eliane, 58 anos, ferida há 30 anos).

Vejamos a história a seguir, uma mulher ressalta a vergonha como um dos aspectos mais difíceis do encontro sexual.



PESSOA SOFRIDA

A vida sexual pra uns é normal, pra outros é difícil. Como eu já acostumei...é o jeito!Deve ser muito difícil, mas as pessoas se acostumam com tudo. Nem todos ficam envergonhados, mas no meu caso eu não fico à vontade. (Cecilia, 52anos ferida há 4 anos).

Desenho estória 20

O que pudemos perceber é que o sexo é considerado difícil pelos homens por que promove dor, e exige controle e readaptação do posicionamento durante as relações enquanto que, para as mulheres é difícil, por que provoca vergonha em ter que expor o corpo ferido, mostrando que embora os pré encontros estejam povoados de preocupações para ambos, há uma diferenciação nos motivos dessa preocupação com um forte marcador de gênero. Para os homens, a necessidade de um corpo sem dor, sem desconfortos físicos para atender um melhor desempenho na hora do sexo. Para as mulheres, a preocupação gira em torno de apresentar um corpo dentro da norma de beleza e feminilidade.

Na atualidade, o corpo ideal feminino tem como modelo um corpo jovem, esbelto, magro, com leveza de movimentos e sem imperfeição (MARZANO-PARISOLI, 2004), aspectos estes impedidos de se alcançar ao se possuir uma ferida que limita, desde a forma de caminhar, à de vestir, e tem representado na ferida a própria marca da imperfeição.

As mulheres enfermas demonstram maior preocupação quanto à estética e medo da deformidade, uma vez que, em função da dor, as pessoas tendem a assumir uma postura retraída, de não colocar os pés inteiramente no solo ao pisar, promovendo o encurtamento dos tendões e conseqüentemente uma visível alteração da marcha e da postura ao caminhar. Oliveira e

Romadelli (1998) encontraram aspectos similares no estudo com outras mulheres enfermas, as pesquisadoras destacaram que, sentindo-se feias e com vergonha de sua transformação em termos físicos, elas preferem ocultar o problema com desculpas, se escondendo e se esquivando das perguntas.

Vale destacar, ainda, que para os homens, as dificuldades da experiência da sexualidade com o corpo ferido podem ser reduzidas quando estes encontram mulheres que já conhecem seu problema e se mostram compreensivas diante de suas dificuldades. Esse aspecto foi referido durante a aplicação do TALP, apreendido através das expressões “mais fácil com quem já conhece”, “com alguém que já sabe o problema”, “ter uma pessoa que compreende”, “quando não discrimina é fácil”, denotando que a dificuldade para eles também se expressa na reduzida possibilidade de novas parceiras, sendo a compreensão o requisito necessário para a manutenção desses encontros.

4.6.5 Sexo é uma obrigação

Muitos relacionamentos encontram-se desgastados antes mesmo do aparecimento das lesões. A enfermidade vem para agudizar dificuldades de interação e, nas narrativas das mulheres, o sexo após a ferida pode ser uma experiência indesejável, uma vez que, com a visível rejeição do parceiro, ter relações sexuais passa a ser uma obrigação do acordo conjugal, desprovida de prazer para elas. Esse sentimento está reforçado por experiências negativas do cotidiano que repercutem no estado emocional da mulher, reduzindo seu interesse sexual no parceiro.

Depois da ferida piorou nosso relacionamento por isso também por que quando eu percebia que ele queria mesmo ai eu queria que fosse logo ligeiro (a relação sexual) assim para ele me despachar e pronto eu ficar logo livre dele. Depois da ferida não foi nem tanto a vergonha, assim um desprezo, por que achava que ele gostava de fazer...depois da ferida sei lá, parece que sentia vergonha de mim. Ele...eu achava isso, por que se ele olhava para outras pessoas (outras mulheres) eu achava que ele sentia nojo, desprezo...(Elba, 53 anos, ferida há 15 anos).

A interdição do corpo feminino pelo homem no momento da relação sexual é considerada por elas como dentro de “uma normalidade”. Essa aparente normalidade, no entanto tem um amplo significado, o que seria uma relação normal? Uma relação sem novidades, sem surpresas, uma relação cujo papel da mulher receptora, cujo corpo funciona para satisfação do desejo masculino, um corpo que se submete a interdição como modo de controlar a afetividade dentro do casamento e manter o suposto equilíbrio que cabe à mulher regular para manter o bem estar e a unidade familiar.

Segundo Butler (1987) o corpo é o território o qual se estabelecem as marcas da dominação, mas ao mesmo tempo é a matriz na qual se dá as resistências. O corpo estabelece uma relação mais ou menos violenta com outros corpos e com outros discursos e esta violência na interação não deve ser entendida somente como agressão física, mas sobretudo como relação de dominação. A autora afirma que dominação não é a persuasão que advém do meio externo, salientando que as relações de poder não se organizam desde uma exterioridade corporal, mas a partir da apropriação da dominação por parte do próprio sujeito dominado decorrente de uma assunção da dominação por parte de quem a sofre.

A participante descreve sua relação com o parceiro, e justifica os motivos de que mesmo ao sentir uma completa insatisfação dentro da relação se ajustava aos encontros íntimos como num dever a cumprir :

O sexo era normal, eu é que ficava sem graça com ele, mas o sexo era normal. Eu me sentia até arrependida por que fazer sexo é pra pessoa ficar de bem com a vida e ele só ficava xingando, xingando. Eu não sentia prazer, eu ia pra ele ter alguma coisa, mas eu não sentia...não! Eu sentia vontade, sentia prazer, mas eu não sentia com ele; eu sentia prazer de ver um casal assim namorando, vivendo bem, assim. Não que eu estivesse com inveja, mas eu queria ter uma vida assim, entendeu? Mas, eu não tinha. Eu imaginava, na minha imaginação, eu não tinha prazer com ele, eu não sei por que, eu não tinha, agora eu fazia acontecer por que eu era casada com ele, ele era pai de meus filhos, fazia pra viver e mesmo assim como ele era, e também pra sentir prazer com ele e ele sabia disso! Era complicado... (Elba, 53 anos, ferida há 15 anos).

Nas associações livres de palavras aos serem solicitadas a emitir palavras que lhes recordassem a expressão “sexo tendo uma ferida” foram expressas: “faço constrangida”, “não sinto vontade”, “marido insiste”, “companheiro insiste”, “só para agradar o outro”. Tais expressões confirmam o encontrado nas narrativas, de que a experiência sexual para as mulheres

feridas consiste num papel social a cumprir dentro do relacionamento. No entanto, é possível perceber, também, que os parceiros das mulheres feridas continuam buscando-as para o sexo, contradizendo as assertivas das mesmas quanto à rejeição de seus corpos, o que nos leva a inferir que o afastamento pode decorrer da autopercepção negativa, que se acentua na soma de conflitos anteriores vividos pelo casal, e para justificar o esfriamento da relação a ferida é situada como motivo principal.

Neste estudo semelhantemente ao encontrado no estudo de Oliveira e Romadelli (1998), os dados demonstram que a enfermidade mostrou-se como algo que pode “dificultar a disponibilidade, a motivação das mulheres, ou por falta de interesse delas mesmas ou por auto-rejeição, mas não impede de continuar a ser fonte de prazer sexual masculino” (OLIVEIRA; ROMADELLI, 1998, p.56). Elas se mostraram indisponíveis ao sexo por se julgarem menos atrativas, e sem desejo de expor o corpo ao parceiro, temendo serem depreciadas, isso pode se dar devido à extremada preocupação da mulher com sua aparência física.

Para estar bem consigo própria, a mulher assume rituais de disciplina com seu corpo tentando colocá-lo dentro dos modelos de beleza vigentes. Segundo Sardemberg (2002), para que as mulheres estejam bem consigo mesmas, necessitam ‘estar bem’ também com seus corpos e a dificuldade se encontra no fato de que para ‘estar bem com o corpo’ não depende apenas de uma escolha pessoal. Ao contrário, trata-se também de uma construção social, historicamente específica, no que tange ao corpo ideal”.(SARDEMBERG, 2002, p.62).

Segundo Bozon (2004), as transformações recentes na esfera da sexualidade não alteraram as relações de gênero, nem modificaram radicalmente o lugar de cada um, as relações entre mulheres e homens persistem marcadas por pares de oposição que se mantém em uma permanente tensão. Enquanto as mulheres buscam a duração no relacionamento, a exigência da exclusividade e alimentam a idéia de um parceiro para toda a vida, os homens constroem expectativas completamente inversas, tais como a exigência da espontaneidade do desejo, a atração por uma possível simultaneidade de laços sexuais e o desejo de renovação das experiências e dos relacionamentos.

Ainda, segundo este autor, essas oposições são apresentadas como uma divisão estável entre os sexos e justificadas por supostas diferenças psicológicas entre mulheres e homens, e servem para manter a desigualdade de gênero baseada no discurso de uma psicologia da diferença que reforça tais crenças e contribui para a sua naturalização (BOZON, 2004)

Um aspecto que deixa, ainda mais, evidente a desigual relação entre mulheres e homens está relacionada à condição de forte dependência econômico-material a que as mulheres feridas estão sujeitas, e portanto, mesmo estando insatisfeitas com as relações, se submetem, devido à sua carência, por necessidades de sobrevivência. As escassas condições materiais vinculam a mulher a uma forma de sujeição e renúncia de si mesmas, em que as preocupações em pauta estão centradas na manutenção de bens capazes de sustentar as necessidades dos filhos e da família, bens representados como consequência da força de trabalho do homem.

Entre mulheres e homens, a relação sexual se mostra como requisito para a manutenção do relacionamento. Observa-se que além da desfavorável condição material que as coloca em posição mais fragilizada frente ao parceiro, o descumprimento por parte delas, nesta parte do contrato conjugal, lhes provoca o temor pela ruptura do vínculo com o parceiro.

A recusa eventual das mulheres no cumprimento do seu papel sexual, em decorrência da exaustão física pelo excesso de trabalho, aliado ao desgaste ocasionado pela doença, pode levar os homens a satisfazerem suas necessidades fora de casa, acentuando o sentimento de rejeição, a queda da auto-estima e o medo de serem abandonadas. (OLIVEIRA; ROMADELLI,1998, p.56).

Face às relações sexuais insatisfatórias os homens, cronicamente feridos, utilizam o recurso de acessar parceiras extraconjugais. No entanto essa categoria “sexo como obrigação” não se constitui numa representação exclusiva das mulheres, é, também, compartilhada pelos homens que alegam ter relações sexuais em algumas situações, apesar da dor, para evitar que sua masculinidade seja questionada. Eles referem que “não sentem vontade” de ter sexo, que em “certas horas é melhor esquecer”; mas, que manter relações é “obrigatório”, é “necessário”, pois “faz parte do relacionamento” sendo os mesmos impelidos a “fazer para não se passar por mole”, ou “fazer no ultimo caso”, expressões evocadas por eles na aplicação do TALP .

Segundo Boris (2004), há uma incorporação de valores e estereótipos, por parte dos homens, quanto ao que representa “ser homem”, além de incorporar tais valores, estes sofrem cobranças socioculturais para assumir posturas de “firmes, decididos, ou agressivos, para se mostrarem como machos sexualmente insaciáveis e sedutores e para serem homens de sucesso a qualquer custo”. (BORIS, 2004, p.73).

Nesse sentido, os homens, participantes deste estudo, buscam agir dentro de uma lógica de diferença imputada aos gêneros a qual confere especificidades ao homem como ser bruto,

forte, agressivo, com iniciativa sexual, que vive mais na rua e gosta de pular a cerca (é sexualmente infiel), nesta mesma lógica a mulher é vista como alguém que deve ser suave, sensível e doce, sexualmente mais passiva, que permanece mais em casa e quanto ao sexo se segura mais (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

O homem cronicamente ferido evita se aproximar das representações de fragilidade e passividade, consideradas atributos ou qualidades tipicamente femininas, além de se ver pressionado a cumprir um papel sexual na interação com as mulheres, cobra de si mesmo provas de sua masculinidade por meio de uma ação ativa na relação, negando o problema, e muitas vezes, se submetendo a situações indesejáveis ou dolorosas para atender as expectativas sociais.

4.6.6 Sexo é um evento raro

A existência da ferida pode impedir a experimentação do sexo que pode estar associado tanto a ocorrência de conseqüências físicas como a dor, ardência e o edema, às secreções que impedem os contatos, quanto às alterações de autoestima que se desenvolvem ao longo da vida daqueles cuja ferida se desenvolveu em idades muito jovens, nos períodos de maior efervescência dos contatos sociais, como a adolescência por exemplo. Tal repercussão foi encontrada nas narrativas daquelas pessoas portadoras de feridas em conseqüência da anemia falciforme, situações em que as feridas além de terem início precocemente em virtude das alterações de células vermelhas do sangue, tardam mais que outras a diminuir de tamanho, reduzir secreções e obter a cura. Um jovem nos conta que, após conseguir estabelecer um relacionamento com práticas de sexo se sente melhor e que, antes desta relação, já não alimentava a esperança de obter experiências positivas em relação a atividade sexual em parceria. Vejamos parte de sua história:

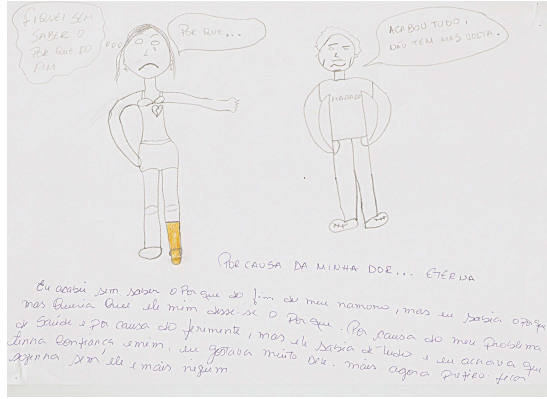
Agora eu acho que é mais freqüente(o sexo)... antes eu pensava que ninguém ia gostar de mim por eu ser essa pessoa com esse problema, às vezes eu mesmo é pensava comigo mesmo de eu nunca arrumar uma pessoa por causa desse problema, só namorar... porque pra gente chegar a ter sexo primeiro tem que chegar primeiro conversar conhecer, mas eu tinha até vergonha de conversar com certas pessoas por causa disso.(Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos)

A vida sexual sofre um declínio em função das alterações corporais e psicoemocionais das quais as pessoas cronicamente feridas são alvo. Para as mulheres, a perda de interesse, as relações conflituosas reduzem o desejo, as fazem sentir-se indesejáveis, incompletas e inadequadas, impossibilitadas de dar e receber prazer. O medo de ser maltratada e ferida, reforçado por representações negativas do desejo masculino por sexo como algo fortuito, enfocado no prazer momentâneo e desprovido de interesse na pessoa, desanima as mulheres a aceitar as possibilidades de novos encontros sexuais.

Uma das entrevistadas nos conta porque, depois de oito anos de separação do marido, rejeitou as propostas de homens que mostraram interesse em relacionar-se com ela. Ao questionarmos sobre isso, ela diz:

Às vezes surge. Surgiu! eu é que não... Eu me fechei um poquinho. Porque eles vão querer só me usar, matar a vontade dele e acabou, certo! Quero isso não! Quero não! Como estou tá muito bem, deixa como estou (Elza, 58 anos, ferida há 5 anos).

O sexo mostrou-se um evento raro nas experiências das mulheres, justificado por uma perda de interesse nas relações com os homens, visto que essas consideram que os mesmos não compartilham dos mesmos interesses de construir relações duradouras, o que as estimula a evitar contatos sexuais que entendem servirão apenas para exploração dos seus corpos. Tal perspectiva da mulher implica em sentimento prévio de vergonha por entender que seus corpos encontram-se fora da norma. Muitas mulheres afirmaram: “prefiro estar sozinha; nunca mais quero ninguém”.



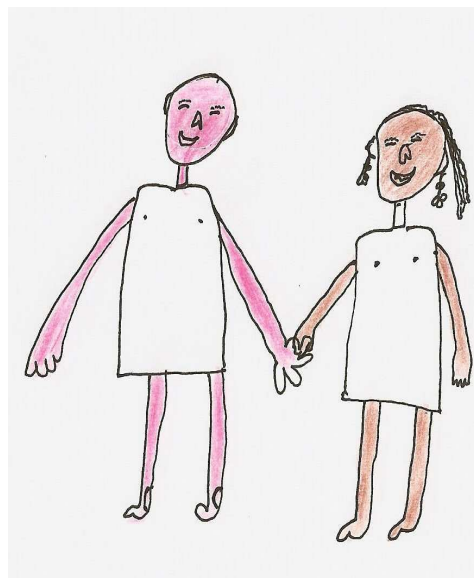
POR CAUSA DE MINHA DOR ETERNA

Eu acabei sem saber o por quê do fim do meu namoro, mas eu sabia o por quê, mas queria que ele me dissesse o por quê. Por causa do meu problema de saúde e por causa do ferimento, mas ele sabia de tudo e eu achava que tinha confiança em mim, eu gostava muito dele. Mas agora prefiro ficar sozinha sem ele e mais ninguém (Vitória, 22 anos, ferida há 5 anos).

Desenho estória 21

SAÚDE, VIVÊNCIA, AMOR E CARINHO

Eu tenho minha saúde debilitada com anemia falciforme desde que quando nasci. Eu estudava, ia à praia, jogava bola, andava de bicicleta, trabalhava, mas do ano de 1981 não pude exercer nada disso que as minhas pernas abriram em feridas e pensava que eu nunca poderia arrumar uma namorada mais nunca. Perdi as esperanças, já tive várias mas, quando eu arrumava que eu explicava o meu problema de saúde elas não continuava o namoro comigo, mais. Eu não desistia e nunca perco a esperança de um dia ser uma pessoa forte e feliz. Hoje estou com uma pessoa que compreende o meu problema de saúde, sinto muito não ter condições de alugar um quarto e sala para eu ir morar com ela, vou sempre passear com ela, e vou levando a vida como Deus permite. (Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos)

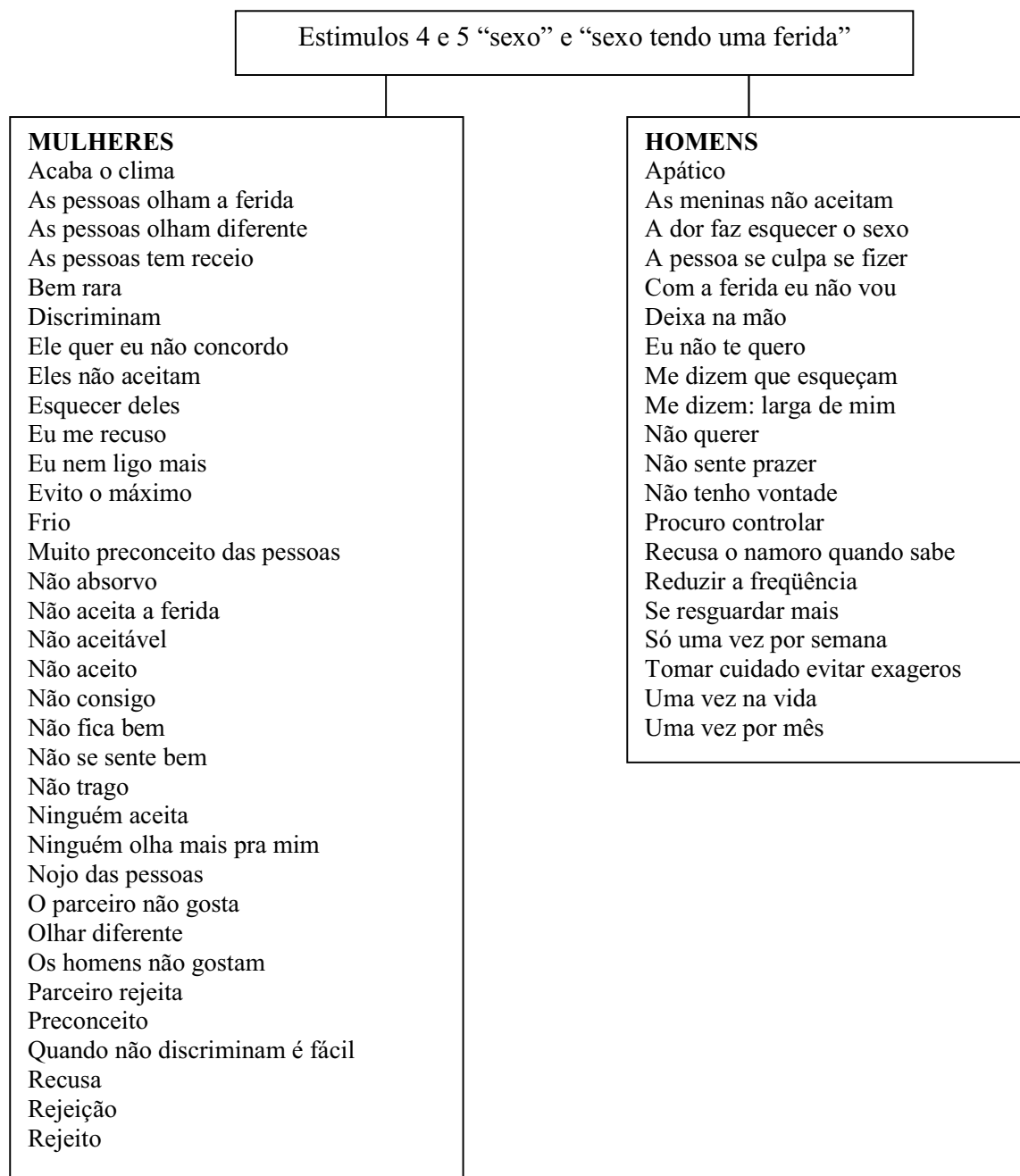


Desenho estória 22

Neste grupo de desenhos, na primeira história, a participante argumenta sobre os possíveis motivos da ruptura da relação. Acredita que a mesma foi motivada pela existência da ferida. A desilusão amorosa parece desestimular a depoente para novas parcerias e encontros sexuais.

No segundo desenho estória (22) um homem versa sobre a ruptura das relações, porém manifesta uma reação distinta ao se deparar com uma nova parceira. Enquanto a participante da primeiro desenho estória se fecha para novos relacionamentos, o rapaz da segunda estória se mantém tentando novas relações, experimentando as possibilidades dos encontros. Embora ambos apresentem temores de rejeição, através das entrevistas foi possível observar que as cobranças acerca da imagem do corpo das mulheres tendem a ser mais rígidas do que para os homens, implicando em maiores limitações para a construção de parcerias para elas.

ESQUEMA 6 - CONTRIBUIÇÕES DAS ASSOCIAÇÕES LIVRE DE PALAVRAS PARA A CATEGORIA “SEXO É RARO”



Para os homens, sexo é referido como raro, quando o fato de permanecer preso ao espaço doméstico e não trabalhar reduz as possibilidades de construir novas parcerias sexuais. Também o fato de sentir-se improdutivo por ter um corpo enfermo implica em redução de autoconfiança para assumir sua posição ativa nos jogos de cortejo e conquista.

Ao contrário do que expressam as mulheres, não observamos nas narrativas dos homens expressões que indicam atitudes de rejeição de possíveis encontros sexuais, nem nenhuma forma expressiva de falta de interesse, ao contrário, a preservação do interesse em satisfazer necessidades no âmbito sexual, para os homens, mostrou-se como elemento gerador de insatisfação e frustração, e em seus relatos, a diminuição de suas capacidades (entenda-se desempenho físico) durante os encontros foram muito mais relatadas como causadoras de desconfortos do que relatos de perda de interesse sexual. Nas expressões dos homens encontramos: “não pretendo ficar sozinho”.

No TALP, como pode ser verificado no esquema 6, há evocações dos homens que revelam que estes também podem apresentar redução do interesse sexual embora tenha sido expressado em menor frequência que as mulheres. Dentre as evocações deles se destacam: “a ferida faz esquecer o sexo”, “com a ferida eu não vou”, “não tenho vontade”.

Parte das evocações das mulheres podem ser relacionadas ao fato de haver repressão dos desejos e redução do interesse, enquanto que nas expressões dos homens, ficou mais evidente a rejeição das parceiras, e a redução da frequência das relações, reforçando que neles, a ausência ou redução do interesse sexual também se faz presente mas em menor escala do que o que foi observado nos relatos, desenhos e as evocações das mulheres.

O HOMEM QUE TEM MEDO

*Ele quer namorar com esta menina, mas fica com medo dela não querer ele. Então ele volta pra casa triste, e desiste dela. Fim.
(Lucas, 42 anos, ferido há 8 anos).*

Desenho estória 23



A doença, para as mulheres, não é vista como impedimento, pelos companheiros, para o relacionamento sexual (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998). Expressões como “ele quer eu não concordo”, “não aceito”, “não consigo”, “eu rejeito” “eu nem ligo mais”, “evito o máximo”, são evocações que denotam que, mesmo para aquelas mulheres que possuem parceiros, o encontro

íntimo se apresenta limitado pela redução do interesse que as repercussões físicas e as alterações de autoimagem produzem negativamente na vida sexual das mulheres.

4.7 VIVER A SEXUALIDADE APÓS O CORPO FERIDO

As dificuldades que mulheres e homens encontram para estabelecer novas parceiras afetivo-sexuais são semelhantes. Poderíamos dizer até que são as mesmas, influenciados por representações negativas sobre seus corpos e, sobre si mesmos, uma vez que estão feridos. Acrescente-se a isso à perda da integridade corporal que, conseqüentemente, produz a perda do *capital simbólico* da pessoa enferma dentro do mercado sexual. O modo como interpretam e reagem, face a essas dificuldades, é que difere de acordo com o socialmente instituído para as posições de feminino e masculino. Notamos, também, distintas realidades quanto à manutenção e qualidade dos relacionamentos já constituídos, no momento que surge a ferida.

O fato de compartilhar desta mesma experiência não coloca mulheres e homens em situações menos assimétricas, pois a figura do homem, mesmo enfermo, segue sendo cercado de cuidados das mulheres que o rodeiam, companheiras, namoradas, amantes, amigas e ou filhas se transformam em suas cuidadoras. Enquanto que a maioria das mulheres feridas segue sozinha, cuidando das casas, cuidando dos filhos, se autocuidando, cuidando de outros membros da família, mesmo estando feridas e, desenvolvendo trabalho doméstico em outros cenários para poder sobreviver, mostrando que a assimetria de gênero se reproduz nas experiências de pessoas cujos corpos, se encontram cronicamente feridos e, dependem de cuidado diário.

Porém observou-se que, referente às relações de gênero, na situação da enfermidade crônica, com a ferida, há uma inversão de papéis após a fase do galanteio e da conquista. Vale ressaltar que esta primeira fase de interação continua enfática no que diz respeito ao papel do homem como galanteador e da mulher de galanteada. Acontece que, passada esta fase, ou quando a relação pré-existe ao surgimento da ferida, registra-se uma inversão dos papéis dentro do jogo. Face à ferida crônica quem passa a ditar as normas do jogo é o parceiro que não está enfermo, ou seja, o parceiro saudável. Isso vem ressaltar de modos bastante distintos a experiência das mulheres e dos homens neste cenário. Para as mulheres, o fato de ter uma ferida não a situa de

modo diferente, uma vez que ela apresenta-se como o sujeito passivo, dentro da relação, à espera das iniciativas masculinas.

Segundo Bozon (2004), enquanto os homens são pensados como sujeitos de desejo independentes, as mulheres continuam a ser vistas (e se vêem) como objetos a serem possuídos, ou como sujeitos de desejo moderado, atentas ao desejo que podem provocar. Para este autor, as revistas femininas e masculinas, além da literatura de divulgação psicológica ou psicanalítica, dão suporte a esse tipo de teoria de naturalização das diferenças fazendo persistir representações antigas sobre a natureza das mulheres e dos homens.

Na experiência do grupo investigado, porém, percebeu-se que os homens situam-se como mais submissos (ou menor protagonismo?) frente às regras de um jogo em que, a partir da cronificação da ferida, quem passa a dar as cartas é sua parceira. É ela quem determina sobre quando, onde, de que forma, que tipo de práticas e quantas vezes devem acontecer os encontros sexuais, estabelecendo, assim, uma relação de dependência antes não experienciada, ou não percebida pelos homens. Essa dependência à qual o homem ferido está exposto inverte em parte, a relação de poder face aos aspectos relativos à vida sexual do casal.

Minha vida efetiva e sexual tem que ser uma vida muito bastante... (silêncio) bastante... bastante... é assim... é (gagueja) pouco né, limitada, bastante limitado a vida sexual, não é dizer que todo dia tem que ta ali praticando sexo isso ai eu não posso mais, É como eu falei só duas três vezes por mês é só isso ai e pronto! A minha esposa mesmo ela tem medo de... ela tem medo de fazer sexo comigo porque ela tem medo do problema se agravar ela é uma pessoa que tem até cuidado comigo, né? Ela não... ela é uma pessoa Cristã e ela tem os jeito dela praticar o sexo dela, em respeito à religião dela e que eu também respeito, tem que ser como ela quer, do jeito que ela quer eu também não posso exigir muito dela porque eu não posso! Eu não posso nem praticar muito sexo porque... como é que eu vou exigir muito dela? Tem que fazer, eu tenho que fazer a vontade dela, tenho que aceitar a vontade dela, o dia dela fazer... ela chega e diz: Zé tu não pode fazer muito sexo que tem esse ferimento em tua perna não é muito bom porque fico forçando muito o pé. Ai eu falo com ela: não! Você tá certa!(Valdir, 48 anos, ferido há 6 anos).

Bordo (2001) assinala que existe ambigüidade dentro das relações de poder, onde poder e prazer não se cancelam mutuamente, assim “a intensa experiência de sentir-se poderoso ou “no controle”, longe de ser um reflexo necessariamente preciso da posição social de um (ou uma), é sempre suspeita de ser ela mesma o produto de relações de poder, cujas formas podem ser muito diferentes” (BORDO, 2001). E nessa perspectiva, mulheres e homens passam a experimentar

padrões de inversão de poder nas relações de gênero, que no caso dos homens feridos, a recusa da mulher ao sexo pode ser interpretada como mecanismo de subordinação.

Observa-se que alguns dos homens vinculam as dificuldades na relação com sua parceira às situações de dependência que a enfermidade impõe, justificando a necessidade de obter a cura para enfrentar relações em que possam exercer o usual papel de sujeito ativo e dominante que até então “coube” ao homem dentro das relações com as mulheres.

Não pretendo continuar sozinho, o que impede é esse pé. Sarar o pé. O pé porque tem gente que de noite é uma coisa! Com o tempo é outra ela vai logo é dizer: Ah! Você ta é desse jeito, vai alegar logo. Você tava do jeito que você tava, eu cuidei, fui morar com você, e você hoje tirar onda. Existe isso ou não existe? Então já que eu tenho que tá com isso, enquanto eu não sarar isso aqui eu não quero companhia pra morar comigo não, vou viver só! Qualquer tempo que a gente tiver uma discussão ela vai logo alegar, alegar que ela me pegou, vai logo dizendo: peguei aleijado! Você hoje ta bom! (Marcos, 56 anos, ferida há 2 anos).

Na medida em que o homem necessita se reconhecer como sujeito dependente por estar ferido, isto exigirá apreender uma nova dinâmica de relações na qual implica, também, em reconhecer sua parceira como sujeito independente. Não se trata apenas de aceitar sua condição de fragilizado, necessitado de auxílio mas, também, fazer um esforço para apreender a nova realidade em que a mulher, que sempre se representou como sujeito frágil e submisso ao poder masculino possa agora viver posição oposta.

Enquanto ocorre essa inversão no papel dos homens, nas situações de dependência ocorre para as mulheres um aumento de sua vulnerabilidade aos maus tratos por parte dos familiares e do parceiro. Elas alegam violência verbal e às vezes até física. São maltratadas publicamente ou em espaço privado, são alvo de chacotas, críticas depreciativas, em alguns casos chegando a culminar em violência física e abandono por parte do parceiro. Esse evento não ocorre somente entre as casadas e as que vivem por longos períodos com seus parceiros. A violência motivada pela ferida foi, também, encontrada no relato das mais jovens, que foram agredidas por seus namorados ao tomarem conhecimento da existência da enfermidade. Vejamos a narrativa de uma das participantes, mulher de 53 anos. Ela descreve seu rompimento com um companheiro após 18 anos de casamento:

Eu amava ele, porque eu amava ele! Porque eu amava ele, certo! Amava ele mesmo de verdade. Era mais de dezoito anos a gente junto entre namoro e junto, então eu amava ele de verdade ele era tudo pra mim.[...] Certa feita ele já não me procurava mais muito, eu também não, fui esfriando também aí eu disse por quê? Eu ficar? Parecendo dois irmãos, não adiantava, né? Então eu me separei vou viver minha vida, se você quiser ficar você fica. “Você no quarto com suas feridas e eu no meu quarto” (isso foi o que seu companheiro lhe disse) mas aí eu pensei... não vai dá certo ele vai arrumar mulher e querer botar aqui dentro não vai ser fácil então, oh! Deixa eu aqui com meu filho (Elza, 58 anos ferida há 5 anos).

A narrativa a seguir é de uma das participantes, mulher jovem que desenvolveu uma úlcera logo após o nascimento de seu primeiro filho, ela e seu companheiro estavam juntos há aproximadamente 3 anos. Ela conta:

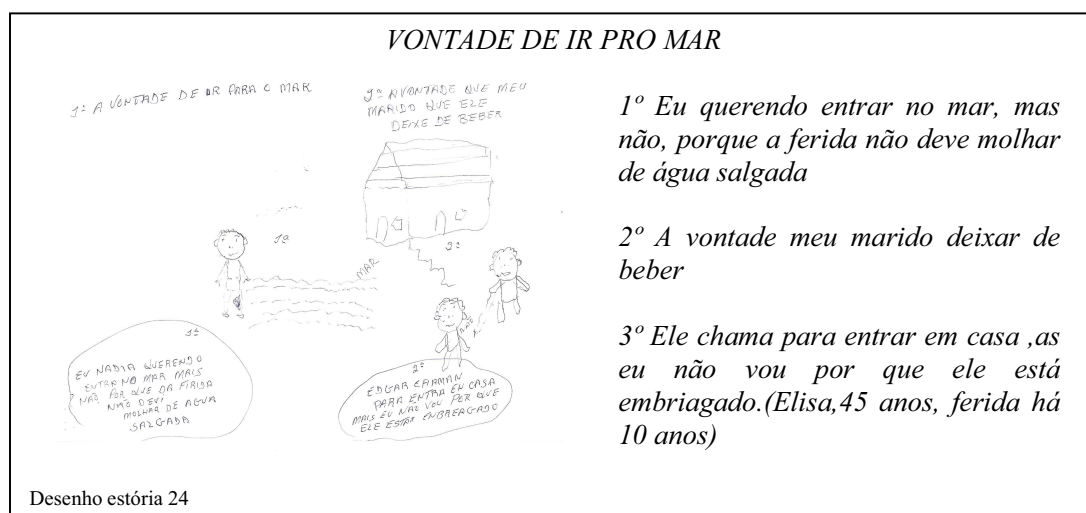
Quando esse ferimento surgiu minha vida mudou completamente, eu vivia bem com meu marido de repente ele começou a ficar diferente, ficar agressivo, e daí decidi se separar de mim, tudo por causa da úlcera. Ele dizia: “Esse problema seu é incurável você nunca vai ficar boa”, e sumiu (Carla, 45 anos ferida há 13anos).

Observa-se que o contexto de violência vai paulatinamente afetando a autoestima da mulher ferida que, constantemente agredida e às vezes abandonada por seu parceiro, perde também a esperança de manter uma vida saudável e a desencoraja a construir novas relações com outros homens. Deste modo, a ferida se converte em mais um instrumento de desvalorização e dominação da mulher dentro da relação entre mulheres e homens, como também nas relações entre as próprias mulheres.

Um fato que chama atenção nos relatos das mulheres é o de que as agressões seguem até um ponto em que os parceiros decidem separar-se. Poucas vezes se observa que tal ruptura tenha partido por iniciativa das próprias mulheres. Em apenas dois relatos foram observados referências à separação por iniciativa das mulheres. Em ambas haviam agressões somadas a outros fatos que as mesmas acrescentavam como complicadores para que a convivência se tornasse inviável, a exemplo da infidelidade dos parceiros. Tais achados corroboram com os aspectos relacionados por Duarte (1987) em sua análise sobre o sexo e a moralidade em grupos populares da sociedade brasileira.

Segundo Duarte (1987), nos arranjos conjugais ocorrem três aspectos principais que, relacionados ao comportamento do homem, tendem a “perturbar” os vínculos de reciprocidade

entre os parceiros. Seriam estes em primeiro lugar, o “não trabalho”, e que neste estudo está representado pelo desemprego, as atitudes de desinteresse pelo trabalho, ou até mesmo a inabilidade para o mesmo, e, para o autor, nas classes populares este primeiro fator costuma vincular-se à bebida, fato este, também, encontrado na expressão gráfica dos desenhos produzidos por mulheres durante a coleta de dados (ver desenho 24); em segundo, viria a “pancada”, ou seja, os maus tratos, os atos violentos dirigidos à mulher e que podem ser suportados por longos períodos desde que não se somem a outros aspectos; e em terceiro, “ter outras mulheres” (DUARTE, 1987, p.625), para esse autor, sob a ótica da mulher de classe popular, toda relação seria definitiva se não ocorresse a perturbação provocada pelo homem mediante tais comportamentos.



De acordo com Barbosa (1999), a mulher estabelece um modelo de relacionamento pautado no companheirismo, entendido como algo que se constrói por duas pessoas. Nesta ordem, a infidelidade torna-se responsável pela quebra dessa confiança, comprometendo o prazer da mesma. Segundo essa pesquisadora, o acesso ao prazer para a mulher vincula uma dimensão de cumplicidade e entrega, esses viabilizados através do amor e dos laços de confiança. São os afetos dirigidos ao parceiro e a confiança no relacionamento que impulsionam a busca pelo prazer das mulheres. Desse modo, apesar de existirem outros motivos que desqualificam a relação, é a infidelidade a responsável pela perda da confiança e esta se apresenta como elemento que justifica a cisão do casal.

Os resultados deste estudo apontam que, estar enferma ou enfermo, ou possuir uma marca corporal, também, pode resultar em dificuldades não somente para manter como para se estabelecer novos vínculos entre mulheres e homens, o que será discutido a seguir.

Quando uma pessoa se apresenta a outras, em geral mobiliza informações e ações que transmitam, aos outros, uma impressão que ela interessa transmitir, e que julga mais aceitável. Segundo Goffman (1975, p.15), “independentemente do objetivo particular que persegue o indivíduo e do motivo que dita este objetivo, será parte de seus interesses controlar a conduta do outro”. Nas interações, as pessoas feridas informam ou suprimem informações como forma de ter controle da situação.

No início das interações, quando uma pessoa chega à presença de outra, é comum que busque informações sobre ela ou coloca em jogo as informações que já possui. É comum o interesse sobre o status socioeconômico geral, o conceito que a pessoa guarda de si mesma, a atitude em direção a tais conceitos, sua competência e sua integridade, entre outros. Tudo isso teria uma razão prática que é a de definir a situação, permitindo aos outros saber de antemão o que ela espera deles, e o que eles podem esperar dela. Assim informadas, saberão como atuar a fim de obter dela a resposta determinada, conforme Goffman (1975, p.13),

Eu já namorei vários caras e nenhum deles, descobriu, nunca souberam... às vezes que a gente sai eu me troco, tiro, uso perfume, ele era estudante de Enfermagem, ele viu (a ferida) , ele perguntou eu não queria falar ai ele achou que era alguma doença coisa...grave [...]Ai eu cheguei pra ele e falei, eu falei que tinha anemia falciforme, mostrei os exames de sangue e tal. Ai ele: porque você estava me escondendo?Ai eu falei ah! Porque eu tenho vergonha, e tal... Ele... num certo momento não mostrou assim que tinha... sei lá... o quê... eu pensei assim nenhum preconceito mesmo! Me deu um total apoio e tal...ai passou uns tempos ele pediu pra terminar comigo, mas eu acho que foi por isso mesmo, não tenho certeza mas eu acho que foi por isso, dizia que eu não me cuidava mas, eu me cuidava! Ele achou que estava demorando de cicatrizar. E eu achei que foi por isso, sinceramente! (Vitória, 22 anos ferida há 5 anos).

Quando ocorrem fatos na interação que contradigam e provoquem dúvidas sobre a imagem projetada, a interação pode ser interrompida em um ponto de confusão e desconcerto, e os participantes que se encontravam na interação, cuja situação havia sido erroneamente definida, agora se revela diferente, podem compartilhar de um momento de tensão. Neste momento, a pessoa cuja apresentação tenha sido desacreditada pode sentir-se envergonhada e os demais

podem apresentar-se hostis, incômodos, perplexos, desconcertados, experimentando um tipo de “anomalia” que se origina quando um pequeno sistema social de interação face a face se desmonta (GOFFMAN, 1975). No caso das pessoas que participaram deste estudo, essa anomalia manifesta-se em forma de práticas violentas dirigidas ao enfermo e ruptura da relação.

Eu saio com minha calça, mas quando eu saio com uma pessoa mas...quando eu sair com uma pessoa mais particular, é alguma coisa mais íntima que ela vê, quando não comunico e ela vê o curativo, pergunta: - o que é isso na perna? Que quando eu começo a “falar”... Ela diz: porque você não me falou? Ai eu digo, não realmente porque eu não sabia qual a sua reação. Ela: Não! Você poderia ter me falado! Eu disse não! Eu não achava que estava na hora ainda de te comunicar! Ai realmente, ela desistiu nessa hora, o clima não funcionava (Eduardo, 40 anos, ferida há 21 anos).

Agora vejamos a narrativa de uma mulher jovem de 22 anos que descreve os conflitos experienciados no início de um relacionamento com um jovem de sua idade:

O primeiro eu não tinha intimidade também. Não rolou... ele ficou me perguntando o que era ai eu menti disse que foi uma pancada que eu tomei.

Namorado: - Ai? não! mas uma pancada não fica assim!

Ele achou que minha perna tava roxa, ai eu falei:- Foi uma pancada.

Namorado: - Não é pancada que eu conheço! Você é diabética!”

Eu falei: - Eu não sou diabética!

Todas as vezes que me encontrava com ele, ele ficava me dando sermão, que era pra eu cuidar da perna que eu ia amputar a perna, que eu ia não sei o quê... E já estava ficando chato mesmo porque eu não gosto de ouvir sermão diariamente [...] Eu me sentia mal, assim! ficava com raiva, a gente discutia, chegou até um momento que ele queria me bater, mas só que eu também não dou mole. Ai chegou um momento que ele não queria ter mais nada comigo. Eu ia na casa dele, ficávamos só conversando e discutindo, mas eu já sabia que há um tempão ia pra casa dele a gente não tinha nada, eu queria e ele não queria (silêncio)” (Vitória, 22 anos ferida há 5 anos).

No enfoque baseado na dramaturgia de Goffman (1975), a ação humana é como uma constante representação cênica teatral por parte do ator individual. A pessoa, como ator, desempenha um papel na presença de uma audiência. O ator é um atuante (*performer*): apresenta

uma atuação frente à sua audiência, a qual reage com aprovação ou desaprovação. Análises a cena que envolve a jovem descrita acima.

Uma vez que a depoente prestou informações iniciais a seu respeito permitiu ao seu interlocutor fazer uma projeção sobre a pessoa de Vitória. Essa projeção feita compromete a atuante a ser conforme se propôs, e exige que esta deixe de lado qualquer pretensão de ser outra coisa, de ser diferente do que fora projetado. Ou seja, no momento inicial de sua interação com seu novo namorado (que assume aqui a posição de audiência) Vitória assumiu ser “uma mulher, saudável, inteira, e disponível”, ao contrariar, inadvertidamente, esta projeção, deu-se início ao conflito, aos sentimentos hostis de seu parceiro e, a seguir, o rompimento da interação.

O modo porém, como tais rupturas ocorrem, revela que as reações violentas, em direção à mulher com ferida crônica são tão freqüentes que elas são previstas e temidas pelas mulheres, ao pensar em iniciar um novo relacionamento, baseada em suas experiências ou de outras mulheres que freqüentam o ambulatório, as quais as fazem perceberem-se mais susceptíveis aos maus tratos por parte dos parceiros.

Eu já tinha conhecido mulher até aqui mesmo, que chegava aqui chorando por que o marido abandonou por que ela estava com esse problema até nova muito mais...que ela já estava isso, que ela estava aquilo...aí tudo vai gerando conflito na mente da gente. Já era exatamente isso que ia me preocupando, eu não aceitava, se alguém chegasse assim olhando pra mim eu já me afastava, já ia saindo ..sei lá eu pensava que ia me maltratar por causa desses problemas assim, eu não aceitava de jeito nenhum. (Carina, 42 anos, ferida há 3 anos)

Nessa interação dentro das relações do cotidiano, o ator pode assumir duas formas de comunicação, as “expressões dadas” e as “expressões emanadas” do indivíduo. Esta segunda refere-se uma ação mais teatral, não verbal, contextual, que presumivelmente, é involuntária, a qual se maneja ou não de forma intencional (GOFFMAN, 1975).

Percebemos, porém, nas experiências relatadas por mulheres e homens cronicamente feridos, que o fato de ter um corpo “que foge á regra social aceitável” faz com que essa teatralização seja uma ação intencional mais freqüente, planejada, para emitir uma imagem que seja a mais próxima do aceitável para as pessoas envolvidas na interação, que só repousa quando a pessoa se encontra em espaço em que sua “real e indesejável imagem já é conhecida”, seu espaço privado.

A preocupação constante com a elaboração da melhor imagem no conceito daquelas

peessoas que se integram numa nova interação acompanha a pessoa ferida por todo tempo que, conscientemente, elabora comportamentos e tenta prever como seu interlocutor reagirá em cada situação cotidiana, vivendo assim, em constante estado de alerta.

Ao sair de casa cuida de estar com o corpo o mais escondido possível e, ainda assim, se alguém o observa, crê que está observando exatamente o que pretende esconder. A pessoa com ferida se comporta como se estivesse sendo alvo de uma perseguição, em que tudo o que se comenta, que se percebe ao seu redor tem uma significação negativa, e está relacionado à sua pessoa, visto que está, constantemente, preocupado com as impressões que os demais guardam dele.

Mas se é uma pessoa estranha a gente fica o tempo todo de calça tem horas que quando estou na moto eu faço isso: puxo a calça pra baixo me preocupo em abaixar até aqui pra que o povo não venha ver o curativo[...] então os outros só sabem que eu tenho aquilo (a ferida) quem me conhece mas, quem não me conhece não sabe que eu tenho aquilo porque eu estou por debaixo de uma capa, capa significa o quê? É uma máscara eu estou dentro daquela máscara. Então eu acho que dentro daquela máscara eu estou protegido, protegido de quê, da vergonha! Porque se eu estou de calça ninguém sabe que eu tenho aquele problema, mas como eu ando mancando...pior que eu estou usando curativo eu vejo os outros olhando pro pé assim, oh! Não olham pra sua cara não, olham pro seu pé, entendeu?(Alberto 34 anos, ferido há 8 anos).

Toda essa previsão sobre o comportamento dos “outros”, em sua direção, decorre das representações partilhadas pelo grupo de pertença, considerando que a representação vai além do reflexo da realidade, ela consiste numa entidade organizadora dessa realidade, que comanda as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, definindo suas práticas e, que, além de orientar as ações e as interações sociais, as representações são capazes de determinar um conjunto de antecipações e expectativas (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2004).

Outro aspecto interessante e que nos pareceu como inusitado foi a identificação de uma espécie de “script” particular, compartilhado tanto por mulheres quanto homens nas interações. Isso que aqui chamamos de “script de revelação”, que entra em jogo no início das relações, momento em que as informações sobre as pessoas são levantadas e dados sobre a existência da ferida são fornecidos aos poucos, enquanto se percebe o grau de envolvimento e interesse do outro. Durante essa fase, a história é contada em etapas, como num roteiro que segue, quase sempre, o mesmo esquema: alerta que existe algo sobre si que o outro necessita saber; conta que

possui um problema, depois informa que o problema é de longo período; que o problema está sendo tratado e controlado; que existe e é delicado, mas não é contagioso, finalmente, que é uma ferida/ uma ulcera crônica e por fim, espera a reação do parceiro ou parceira para dar o próximo passo.

O participante a seguir revela em meio a seu discurso o uso desta estratégia no início do relacionamento com as mulheres e, também, entre amigos, nos encontros sociais, alegando que para o encontro íntimo, pode ser ainda mais traumático o fato de omitir informações sobre si. Percebe-se um manejo das informações como uma forma de preparo para a “revelação final do segredo”.

Até homem se você conversando com ele. Você está tomando uma cerveja com a cara depois diz vamos! Vamos sair não porque eu tenho um problema aqui e já conta a minha vida. Se não sabe, se não sabe que você tem aquilo ele já se assusta... estou a fim de ir não!

Quanto mais uma mulher que você vai pra cama com ela? Não deixa pra falar na hora não rapaz! Você está perdido. Fale antes e vá prestando atenção nela e veja se o clima subiu ou desceu.

Eu digo:- oh! Fica aí pensando que eu sou isso tudo viu! Eu tenho problema assim, assim e assim que eu estou labutando já tem tanto tempo... daí em diante eu vejo se dá pra continuar ou parar. Na maioria das vezes eu continuei!(Jonas, 58 anos, ferido há 2 anos).

Nesse sentido, o roteiro é sustentado com um concomitante adiamento de práticas sexuais que exponham, completamente, o corpo até que seja possível a revelação. A lesão da pele aqui se interpõe como fronteira entre o sujeito-corpo e o sujeito-história, em que a revelação da sua existência poderá unir essas duas dimensões humanas. O depoente a seguir, destaca o temor de uma possível reação negativa da parceira ao tomar conhecimento de fatos que envolvem a existência da ferida, uma fala cercada de rodeios capazes de permitir a percepção de reações do interlocutor na medida em que emite as informações sobre si.

Conheci ela numa semana, na outra a gente partiu pra passear e começou a conversar algo da vida dela, que tinha também problemas de saúde passou a me conversar, nesse momento contei logo sobre minha situação também? Às vezes eu dizia a ela: Poxa! eu tenho realmente um problema de saúde mas eu não sei sua reação mas eu estou lhe contando que eu tenho um problema, por isso estou lhe contando. Passei a conversar com ela.[...] Ai comecei a conversa e com ela.(Eduardo,40 anos, ferido há 21 anos).

A seguir, observa-se que a depoente usa duas estratégias: uma, a de inventar uma história que justifique o uso da bota de Unna, e outras, que são demandadas na medida em que o relacionamento segue com outros encontros e a intimidade entre o casal cresce, havendo uma necessidade de revelar “a verdade”, mas esta é sempre revelada em partes, conferindo um domínio da situação da interação para a depoente.

Eu senti muita vergonha sabe, de tirar (a roupa), ele já sabia que eu tinha (a ferida) porque na praia eu já estava usando a bota então eu fingi que era um gesso ali naquela hora depois que eu já estava com ele um pouco eu contei a ele, porque também uma vez eu estava com uma calça a gente saiu ai ele viu a bota e perguntou ai eu falei que tinha um ferimento já de muito tempo que se chamava úlcera mas que não tinha infecção não tinha mal cheiro nada disso mas que eu tinha, ai eu falei do problema[...](Marília, 32 anos, ferida há 4 anos.)

Às vezes que eu ia na casa dela ai eu sempre ia vestido de calça, quando ela começou a conviver como hoje ela mora comigo ai é que...vê você chega em casa tomar um banho tira a calça, você vai pra casa dela e fica de calça ela fica na casa dela você vem pra sua casa ai você chega em casa ta à vontade sozinho ai você chega e tira a calça[...].E... mas ai fui convivendo, a gente convivendo, convivendo, dorme, nada (sem sexo), dorme e nada ai foi que uma vez que eu disse amor eu uso bota.(Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos)

Observe na história que acompanha o desenho estória 25. O protagonista espera um momento oportuno para contar sobre a existência de seu problema de saúde, quando ele diz que “tentando de todas as formas” significa que houveram várias tentativas de contar. Denota um esforço em encontrar argumentos e momentos apropriados para fazê-lo. Após a informação, ocorre a ruptura a qual é atribuída por ele ao fato de haver revelado seu problema.

AS APARENCIAS QUE ENGANAM



Desenho estória 25

Em uma certa época, um cidadão conheceu uma mulher, muito bonita, e os dois começaram um namoro que durou um certo tempo. Achando ele que as coisas iam muito bem, ele resolveu contar pra ela um problema que muito o afligia. Tentando de todas as formas ele disse pra ela que tinha uma ferida que o acompanhava há algum tempo. Ela ficou surpresa e pediu pra ver, e quando viu se espantou. Ficaram mais algum tempo juntos, e sem mais nem menos ela sumiu sem dar sequer uma satisfação. Fim. (Jonas, 58 anos, ferido há 2 anos).

A seguir, um homem informa que, nos encontros iniciais, não permitia que sua parceira visse seu corpo por completo para evitar a rejeição. À medida que o relacionamento se estabilizou ele adotou a estratégia de deixar o corpo mais exposto demonstrando a existência dos curativos e feridas e, na medida em que sua parceira assistia sua exposição, ele passava a informar sobre o seu problema. A comunicação aqui se dá mediante o uso de imagens, como se estivesse oferecendo pistas interpretativas da realidade, que, ao final, se complementam com os informes de caráter verbal.

Eu dei um tempo no relacionamento, daí depois ela tinha que ver que eu ia tomar banho, aí eu ia pro banheiro, com um tempo eu não contei nada, né. Aí com um tempo a gente foi conversando eu fui me abrindo um pouco. (Cláudio, 44 anos, ferido há 20 anos).

Numa cena em que alguém acaba de revelar que possui uma lesão crônica, a princípio a pessoa ouvinte pode reprimir seus sentimentos sinceros e imediatos e transmitir uma opinião que perceba que a pessoa ferida julgará aceitável, uma resposta conveniente a evitar um conflito momentâneo:

Aí eu cheguei pra ele e falei, eu falei que tinha anemia falciforme, mostrei os exames de sangue e tal. Aí ele: - Porque você estava me escondendo? Aí eu falei ah! Porque eu tenho vergonha, e tal... ele... num certo momento ele não mostrou assim que tinha lá...sei lá... o quê...eu pensei assim nenhum preconceito mesmo! Me deu um total apoio e tal...depois passou uns tempos ele pediu pra terminar comigo[...]. (Vitória, 22 anos, ferida há 5 anos)

As posições que a pessoa ocupa, em cada cena, é modificada conforme a reação que ela espera que as demais pessoas lhe dirijam, momentos apresentando-se como forte, outros, como mais frágil. Em muitas situações, a pessoa ferida atuará ressaltando seu lado saudável, mostrando-se forte e competente sexualmente, por exemplo, buscando que seu/a interlocutor/a o/a trate como uma pessoa sem limitações. Para isso, poderá até sublimar a dor da ferida durante o ato sexual, para evitar que seu/a parceiro/a adote medidas de restrição ao sexo, como forma de protegê-la/o. Em outras situações do cotidiano, buscará ressaltar suas fragilidades aceitando o papel de estigmatizado/a com o objetivo de obter um tratamento diferenciado, mais breve e cauteloso.

A seguir, as narrativas mostram situações de interação de pessoas feridas com seus parceiros sexuais, em cenário de intimidade e em seguida, interações com sujeitos dentro de espaços comerciais públicos, mostrando que as apresentações de si dependem do tipo de audiência e dos fins a que o sujeito da ação se propõe, ou seja, do tipo de impressão que deseja causar:

[...] a gente se encontrava, aí quando a gente ia ter relação todos os dias eu queria ter no escuro pra esconder, queria bem no escuro mesmo aí eu enrolava a perna toda botava uns travesseiros, umas toalhas em cima pra esconder, mas eles não viam. Tinha vezes que eles sei lá, passavam assim por cima e magoava e eu gritava (dor). Aí eles perguntavam “o que foi?” e eu dizia: “foi o peso!” (Vitória, 22 anos, ferida há 5 anos).

Na hora das relações ela (a ferida) sempre dói sempre piora, aí nego a todas. Eu acho que é porque fica forçando.[...] Se eu disser para ela que sentí dor ela não vai mais me querer. Ela não vai querer mais, só vai querer fazer alguma coisa comigo quando o pé sarar. Oxe! Sai de problema! Agora no dia que eu não quiser fazer eu vou parar.[...] Desde a primeira vez que eu tive caso com ela eu sinto dor, mas eu nunca disse, se eu disser ela cai fora [...]. (Marcos, 58 anos, ferido há 2 anos).

[...] teve uma vez que uma pessoa teve na minha casa quando eu fui comprar a mesa disse pra ele assim: rapaz hoje em dia não pego nem mais fila no banco... “ não fale isso!” eu sou deficiente mesmo! Eu sou deficiente aí quando eu chego eu digo ah! Eu tenho um problema eu tenho uma úlcera em minha perna. (Alberto, 34 anos, ferido há 8 anos).

Às vezes quando eu estou em casa que falta qualquer coisa, minha mãe fala: está faltando isso, se não tiver um de meus sobrinhos lá ou qualquer coisa eu tenho que vestir a calça e ir no mercado comprar, aí quando eu vejo que a fila está grande ainda ontem mesmo... foi ontem? Foi tinha dois caixas e os dois caixas estavam com muita mercadoria eu cheguei assim pro cara do mercado e disse assim: rapaz como faz pra passar aqui. Rapaz olha caixa ali. “ Onde é que tem caixa pra deficiente? Eu estou com problema na perna não posso demorar muito tempo na fila você sabe que eu sou uma pessoa deficiente não posso ficar muito tempo em fila que a minha perna está doendo... ah! então vem aqui que eu posso a mercadoria, aí ele foi lá e passou minha mercadoria e aí eu disse pra ele que também não estava me sentindo bem... já estava mancando sentia essa dor e a perna doendo (Eduardo, 40 anos, ferido há 21 anos).

As parcerias se mantêm permeadas por relações assimétricas de gênero e, as escolhas de parceiras, com dependência econômica, são definidas pelos homens posicionados como protagonistas, buscando manter as tradicionais relações de gênero naturalizadas. Face à inferiorização simbólica, do corpo masculino enfermo, como corpo inapto ao trabalho,

representado pelos homens como menos interessante para o olhar feminino, a mulher elegida como ideal é aquela cuja imagem está inferiorizada, perante a sua imagem de homem, cujo corpo está cronicamente ferido. Pode-se observar, como esse participante, após desabafar que mantinha sempre relações ocasionais nas quais temia que suas parceiras descobrissem que ele portava uma ferida e o rejeitasse, justifica como escolheu sua parceira para manter uma relação estável, quando perguntado sobre seu relacionamento:

Me fale sobre sua vida sexual

É dentro do relacionamento, como eu tenho uma senhora.... eu não sou bem casado com ela entendeu. Um dia ela tava procurando um canto...eu deixei ela ficar, fui ficando um tempo com ela pra ver se dá certo. Tem pessoas que não se importam muito se a pessoa é doente. Eu tenho um camarada[...] tem muitas pessoas que não liga não. Tem muitas mulheres que...eu mesmo conheço uma senhora uma mulher sem posses...que ela mora com um rapaz que é cego[...]

- E na hora da relação? Como é que você faz?

Eu acredito que.... como ela já tá acostumada comigo e tudotem mulher felizmente que não liga que a pessoa tenha isso... realmente então você se sente naquele momento um pouco à vontade, né. Você cria um pouco de auto-estima né, por que pelo menos é uma mulher, ela é uma mulher precisada, infelizmente ou felizmente aceita você como você é, não tem preconceito não tem nada e ai...tem um bocado de gente ai.

- Me fale sobre seu relacionamento com essa moça.

Ela apareceu lá no bairro, e pedindo uma casa pra morar, procurando um apoio. E ai tinha muita gente de olho nela e tudo. Ela é forte, né! Ela é troncuda, e pequena mas é forte. Ai deixou as coisas dela lá perto de lá de casa, eu disse você ta ai sozinha ai, eu tô só também! Se quiser deixar seus negócios e quiser ficar ai em minha casa por um tempo, você fica ai a gente pode até conversar [...]

Ela chegou lá, ficou numa casa abandonada lá, não tinha onde ficar, ai tinha muita gente de olho querendo ficar com ela. Ai eu disse cadê sua roupa? Você aproveita se quiser pode ficar logo aqui; pode ficar lá em casa.

-Você quis namorar com ela?

Na verdade eu fiz pra ajudar, por que na verdade eu fiquei com ela mais por pena. Porque ela não tinha ninguém, ela foi criada praticamente com a avó, ela não e muito bem vista no lugar de onde ela veio, por que ela é meio esquentada...ai! eu fiz mais no sentido de ajudar ela...

- Como você se sente com ela?

Me sinto à vontade. Falo as coisas que eu penso as coisas que faço dentro de casa.

- E ela gosta de você?

Ela gosta um pouco, não vou dizer que gosta muito? Ela gosta um pouco!

-E você gosta?

Eu gosto um pouco dela, na verdade eu gosto, mas eu tenho é mais pena! Ela perdeu a mãe, perdeu a mãe, foi pra casa dos parentes, os parentes não dá muito ponto a ela;

- E antes dela, você teve outra pessoa?

Eu já tive varias namoradas, não assim pra...eu nunca quis assim pra morar entendeu? Qual mulher vai querer viver com um cara nessas condições...sem trabalhar? com o meu problema de saúde, uma pessoa conhecida, pelo menos essa ai não ligou não.(Cláudio, 44 anos, ferido há 20 anos).

A masculinidade foi construída sobre imagens de ser homem forte, combativo, o maior, o melhor, o provedor da casa, o conquistador, o protagonista, uma vez que tais pilares ameaçam cair ou são abalados pela existência da ferida, como uma condição que debilita o corpo, por exemplo, o homem buscará manter sua posição elegendo práticas capazes de assegurar seu status. Dessa maneira, a mulher deverá ser sempre menos, ganhar menos, ser menor na altura, menos ativa ou seja, adotar ou representar uma versão em nível inferior ao que crê que está subjogado socialmente. Portanto, a busca por uma mulher carente do ponto de vista material mantém intacta sua figura de homem provedor, e reforça a da mulher submissa e inferiorizada como figura ideal para ser sua parceira, que além de servir como parceira sexual, atuará como sua cuidadora, e trabalhadora ideal para cuidar da sua casa.

Sem a figura sujeitada e inferiorizada da mulher, sujeito social invisível, sem casa, sem trabalho portanto “sem lugar”, esse homem não poderia dar sentido à sua masculinidade e poder

conservar sua posição. Para Bourdieu (2005), o privilégio masculino consiste numa armadilha que encontra contrapartida na tensão e contenção permanentes, que impõe a cada homem o dever de afirmar sua virilidade em quaisquer circunstâncias, tornando-se uma verdadeira carga, uma vez que a virilidade está entendida como capacidade reprodutora, sexual e social e, também, expressada como aptidão ao combate e ao exercício da violência. Ainda segundo este autor, exige-se do homem seguir tal ordem social para estar de acordo consigo mesmo, para seguir sendo digno perante seus próprios olhos, quanto à idéia de ser homem.

Por outro lado, nota-se que se elabora, neste campo, a figura da mulher, estar ao lado desse homem confere-lhe uma identidade, uma significação e um lugar social, sob a lógica do regime patriarcal, no “qual as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, força de trabalho [...]” (SAFFIOTI, 2008, p.155). Por fim, o depoente acrescenta o que planeja para o destino de sua companheira, colocando-se mais uma vez como o sujeito da ação, com poder de decidir:

Eu estou programando ela, fazendo aquele negócio que mulher tem que fazer! Aqueles exames, que ela vai fazer ligeiramente pra saber se tem algum problema, a pessoa não pode sair por aí fazendo, tendo filho com qualquer uma, entendeu? Ter filho tem que programar, fazer um planejamento familiar e ver as condições, né? Dinheiro pouco, a gente tem que se programar. (Cláudio, 44 anos, ferido há 20 anos).

Aqui fica claro a tomada de posse do corpo feminino como objeto que está no mundo para servir, seja ao prazer, ao trabalho e à reprodução da espécie. O controle sobre a sexualidade feminina e sua capacidade de reprodução, seja para ter filhos, ou optar por não tê-los, a sexualidade feminina e o controle de seu exercício segue sempre em mãos masculinas, mesmo que elementos femininos possa intermediar ou implementar tais projetos (SAFFIOTI, 2008). Aparece implícita uma relação simbiótica de dependência mútua que se instaura na relação entre um homem doente e uma mulher carente. Ambos dependem um do outro, no entanto, é a carência material o elemento capaz de determinar à mulher “seu lugar” essencializado e naturalizado e favorecer que as relações desiguais de gênero possam se operar e se manter mesmo face à figura inferiorizada de um homem debilitado e enfermo, com o corpo cronicamente ferido.

Este outro depoente coloca suas idéias sobre a dificuldade de estabelecer parcerias sexuais com mulheres supostamente independentes. Ao ser questionado sobre o que quis dizer

com sexo apático, ele responde:

É como se você fosse menosprezar uma pessoa... tem hora que você... o que se passa é o seguinte é que vocês às vezes... você vê uma mulher, você sabe que tem condições de ganhar ela, conquistar mas você pensa na sua situação, principalmente se ela for meia Patricinha, mitidinha, tem mulher que é terrível!.

- Como é Patricinha, mitidinha?

É assim Patricinha, quando ela tem uma independência legal entendeu? e naquela hora que você tá tendo uma conversa com ela, ela pode até lhe botar inferior a ela (Jonas, 58 anos, ferido há 2 anos).

Subtende-se que a mulher carente materialmente, insegura, ou dependente seja mais disponível, menos passível de rejeitá-lo como homem. Nesse sentido, as mulheres consideradas independentes são representadas como agressivas que podem inferiorizá-los face as suas iniciativas de assédio e conquista, fazendo-os se sentirem “menos homens”, ferindo assim sua masculinidade.

Assim, cotidianamente e de forma permanente, a ordem social se inscreve sobre os corpos, exercida de modo dramático e despercebida, mediante as trocas afetivas entre mulheres e homens e, ligados “às condições materiais de existência” (BOURDIEU, 1999, p.187).

De acordo com Susan Bordo (2001) o social disciplina os corpos de tal maneira que este assimila formas de comportar-se identificando aquilo que é ou não permitido dentro das relações e contextos, segundo esta autora

Por medio de la rutina, la actividad habitual, nuestros cuerpos aprenden lo que es “interno” y lo que es “externo”, cuáles gestos están prohibidos y cuáles son requeridos, qué tan violables o inviolables son las fronteras de nuestros cuerpos, cuánto espacio alrededor del cuerpo se puede reclamar, etcétera. Éstas son con frecuencia lecciones mucho más poderosas de las que aprendemos conscientemente, a través de una instrucción específica acerca del comportamiento apropiado para nuestro género, raza y clase social (BORDO, 2001, p.34).

As palavras da depoente a seguir, denotam o quanto a dependência material destaca as desigualdades de gênero, sujeitando as mulheres à relações que reforçam a inferioridade, pautada na desvalorização do corpo que ao enfermar-se já não pode cumprir com as expectativas dos parceiros, seja das tarefas domésticas, seja no seu papel de amante.

Eu me sentia triste, eu ficava deprimida me sentia humilhada quando ele brigava, quando ele nem ligava...humilhando com mulher na rua ele ficava me humilhando. Depois da ferida ficou muito ruim, quando ele via que tava demorando de sarar.Tinha muita discussão da parte dele, eu não sentia compreensão da parte dele (silencio...) eu ficava com vergonha e eu tinha vergonha e também ele ficava criticando, por que eu não cicatrizava. O sexo era normal, eu é que ficava sem graça com ele, mas o sexo era normal. Eu me sentia até arrependida por que fazer sexo é pra pessoa ficar de bem com a vida e ele só ficava xingando, xingando. Eu não sentia prazer, eu ia pra ele ter alguma coisa, mas eu não sentia...não![...] eu não tinha prazer com ele, eu não sei por que, eu não tinha, agora eu fazia acontecer por que eu era casada com ele, ele era pai de meus filhos, fazia pra viver e mesmo assim como ele era, e também pra sentir prazer com ele e ele sabia disso! Era complicado... Eu com vergonha de mim, do meu corpo e antes eu tinha um corpo até bonito, hoje não que eu tô velha, derrubada, mas mesmo assim antes ele sempre achava um defeito aí me deprimia, sei lá. Depois da ferida ficou a mesma coisa, pois se antes ele já era assim depois da ferida foi que piorou, piorou!(Elba, 53 anos, ferida há 15 anos)

A manutenção da relação para exclusivo prazer do parceiro não aparece somente após o surgimento da ferida crônica, ela está presente nas experiências prévias das mulheres entrevistadas, experiências negativas que se tornam mais acentuadas à medida em que a ferida crônica se estabelece.

Também pode-se notar, na mesma narrativa, a autodesvalorização do corpo que, além de estar enfermo, ferido, é um corpo que envelhece e perde potencial de beleza e juventude, entrando em jogo outras representações da estética feminina ideal, a qual situa o corpo da mulher como corpo de desejo e de prazer, mas com utilidade para os “outros”, o que, segundo Aguilar (2007), ao colocar-se a serviço “do outro”, as mulheres perdem seu protagonismo como pessoas, ficando sujeitas aos poderes encarnados pelos homens, pelas instituições e pelos outros, de tal sorte que seu corpo é sempre um corpo sujeito.

De acordo com Sardemberg (2002), as mulheres sofrem mais incisivamente com as pressões sociais para preservar uma aparência jovem, do que os homens. Segundo essa autora “a mulher com aparência envelhecida tem muito menos ‘capital simbólico’ dentro do mercado afetivo/sexual do que o homem em semelhantes circunstâncias”. (SARDEMBERG, 2002, p.64). No caso da mulher cronicamente ferida, observa-se que a perda desse “**capital simbólico**” “**afetivo-sexual**” mostra-se acentuado pela impossibilidade de reabilitar a integridade da pele, perdida na vida adulta, para corresponder aos ideais de feminilidade. A perda desse capital se dá à medida que se acrescem outras alterações, na aparência, que são próprias do envelhecimento.

4.8 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES E HOMENS QUE VIVEM COM FERIDAS

A partir da aplicação dos cinco estímulos *corpo ferido*, *namoro*, *namorar tendo ferida*, *sexo* e *sexo tendo ferida*, os participantes evocaram 1.072 palavras das quais foram identificadas 400 palavras diferentes.

Seu processamento através do software Tri-Deux Mots (CIBOIS, 1989) versão 2.2. permitiu a construção da figura 1 cuja representação gráfica foi interpretada pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC) tornando possível a apreensão das representações sociais das mulheres e homens que vivem com feridas. Durante o processamento, considerou-se a frequência igual ou superior a 6 (seis) para cada estímulo indutor aplicado.

No lado esquerdo do gráfico F1 (eixo horizontal vermelho), encontram-se um conjunto de representações sociais sobre o corpo ferido, namoro e sexo, elaborados por homens assegurados. A presença dessa categoria neste fator assinala que essa foi a categoria que mais contribuiu para evidenciar as representações sociais exploradas neste estudo.

Os homens assegurados são aqueles que estão fora do mercado de trabalho por ter desenvolvido incapacidade produtiva no processo do adoecimento da ferida crônica, mas por estarem previamente inseridos em mercado formal de trabalho, com a carteira assinada, mantiveram-se com percepção de auxílio doença advindos da previdência social.

Para esses homens, o *corpo ferido* está objetivado na doença, a palavra “**doença**” representa o conjunto de evocações de situações de enfermidade (câncer, anemia falciforme, enfermidade, infecção, varizes, doenças, atrose e veia perfurada) que, para tais sujeitos, representam a causa de seus corpos estarem feridos.

Ainda nesta categoria, o *namoro* está objetivado no ato de beijar, representado pela palavra “**beijo**”, que vincula o namoro ao contato corporal íntimo dos sujeitos. E *namorar tendo ferida* requer “**compreensão**”, por parte da parceira, para entender as limitações que a ferida impõe neste encontro. A presença da palavra compreensão, neste fator, reforça elementos das narrativas que apresenta o encontro do namoro como uma fase prévia ao sexo, marcada pelo conflito de revelar a existência da ferida, dadas as expectativas de rejeição, alimentadas pelos sujeitos que se percebem com os corpos fora da norma.

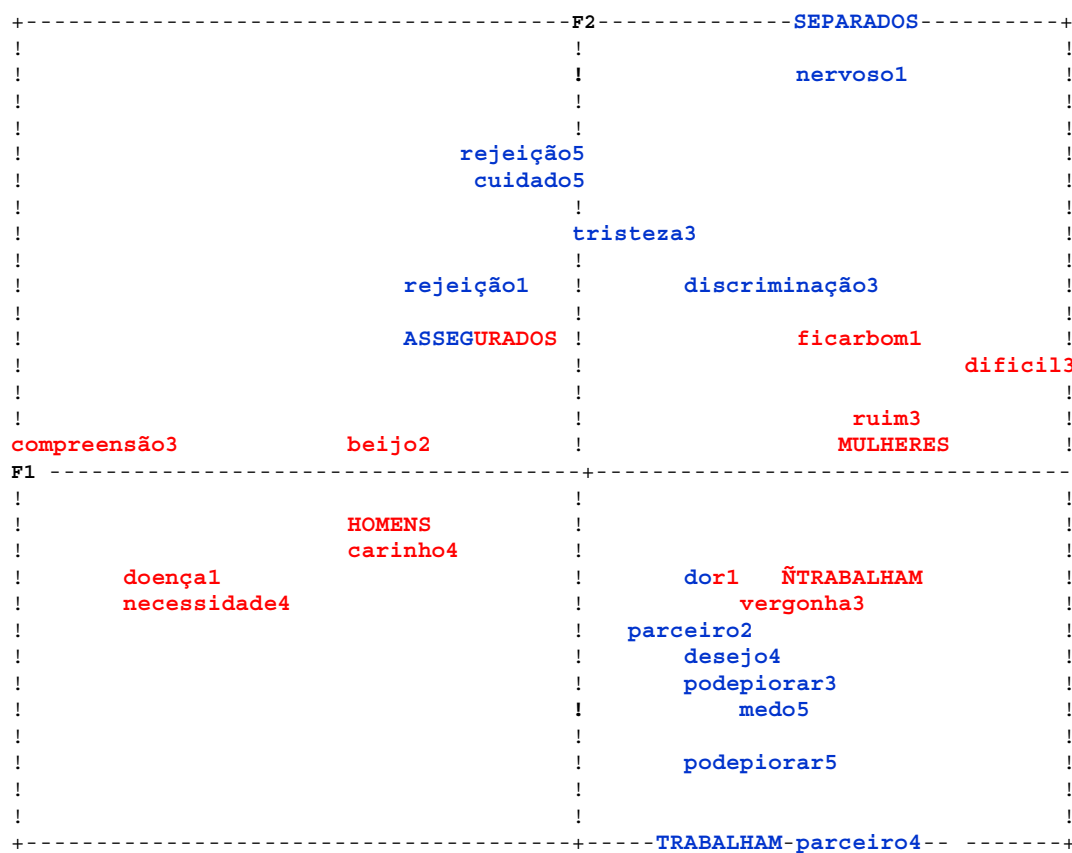


Gráfico 1- Representação do plano fatorial

Fator 1 (F1) = eixo horizontal - esquerdo (negativo) e direito (positivo)	Palavras indutoras	Variáveis fixas
Fator 2 (F2) = eixo vertical - superior (positivo) e inferior (negativo)	1 Corpo ferido 2 Namorar 3 Namorar tendo ferida 4 Sexo 5 Sexo tendo ferida	Sexo Conjugalidade Condição de trabalho

LEGENDA:

F1-mulheres, homens, não trabalham, assegurados
F2-separados, assegurados, trabalham

O *sexo* foi objetivado pela palavra “**necessidade**”, neste fator, representando para os sujeitos como algo sem o qual não se pode viver. Necessidade é uma palavra que se vincula ao desejo de se ter algo que não se tem e/ou à sensação de que algo que nos falta é essencial e indispensável ao ser humano (WIKIPÉDIA, 2010). Neste estudo, os sujeitos evocam que sexo é algo que, se não estiver presente pode alterar o estado de bem estar, deixá-los em estado emocional ruim, através das expressões “sem sexo é pior”, “não se pode ficar sem” e “se não

fizer fica com a cabeça ruim”. A expressão necessidade vinculada à representação do sexo está ancorada no senso comum de que sexo é algo instintivo, como a fome e a sede, não podendo os indivíduos viverem sem saciar tal demanda. O fato desta expressão compor o quadro de representações de homens está pautado em aspectos de socialização dos mesmos, num largo processo de inculcação de imagens em que o sexo deve ser buscado por eles, para a confirmação da masculinidade. Sua ausência no quadro de representações de mulheres é justificada pelo processo de negação e controle da sexualidade feminina, que, em geral, tem seu exercício motivado com fins de procriação e construção de famílias para a sociedade e menos atrelada ao prazer individual.

Opondo-se a esse conjunto de representações no fator1 do lado direito, encontram-se as representações sociais de mulheres que não trabalham, e não recebem nenhum tipo de auxílio da previdência social. Para elas, o corpo ferido está objetivado na dor e na esperança de ficar boa, representados no gráfico pelas expressões “**dor**” e “**ficar bom**”.

Para o estímulo “namorar” não houve nenhuma expressão representada por este grupo, podendo denotar uma experiência inexistente ou situada na zona muda¹, uma vez que namorar consiste em objeto de representação, para a maioria dos sujeitos que já ingressaram na vida adulta. Para elas, namorar tendo uma ferida é uma experiência “difícil”, de acontecer, tanto pela discriminação que sofrem por terem seus corpos feridos, quanto pela dificuldade que se impõe no momento íntimo, em que necessitam expor seus corpos aos parceiros, sendo este encontro marcado pelo sentimento de vergonha. A palavra “**vergonha**” presente neste quadrante, permite inferir que, para essas mulheres, *namorar tendo uma ferida* também é uma experiência “ruim”, desagradável. Podendo ser resumido pela sentença “namorar estando ferida é difícil e provoca vergonha”.

Comparando os quadros, fica evidente que o sexo não foi significativo o suficiente para ser representado pelas mulheres, enquanto que, para os homens, está representado como algo necessário e essencial em suas vidas. A intimidade das mulheres aparece objetivada nas representações do namoro como experiências negativas. Considerando o namoro como um estágio prévio ao encontro íntimo sexual, os insucessos nesta fase podem estar colaborando para uma menor experiência sexual das mulheres que vivem com feridas.

¹ para certos objetos, em determinados contextos, existe uma zona muda de representação social que está composta por elementos que não são verbalizáveis pelos sujeitos pois podem entrar em conflito com valores morais ou normas de um determinado grupo. (MENIN, 2006).

No fator 2 F2, a parte superior (positivo), esta representada por mulheres e homens separados. Nesta categoria, *o corpo ferido* esta objetivado pelas palavras “nervoso” e “rejeição”. Tais palavras sugerem que a experiência de estar com o corpo ferido está estreitamente vinculada à situação da separação, o que já fora apresentado nas narrativas, quando os/as participantes alegam ser a ferida o motivo da ruptura dos relacionamentos, recordando que, através do perfil traçado, o grupo de pessoas separadas presentes nesta investigação são, em sua maioria, mulheres. A condição de separado, neste estudo, está representado por pessoas que já estiveram em relação conjugal estável anterior, e que referiram estar separadas no momento desta investigação.

Para esses sujeitos, estar com o corpo ferido altera suas emoções com sensações de tensão, impaciência, ansiedade, stress e nervosismo. Possuir um corpo ferido os faz experimentar diversas situações de “rejeição”, expressadas como “desprezo, restrição das pessoas, nojo, rejeitada, isolado pelas pessoas, rejeição das pessoas” expressos durante a aplicação do TALP.

Ainda neste fator, pode-se evidenciar as representações de *namorar tendo uma ferida* através das palavras “tristeza” e “discriminação”, mediante essas expressões pode-se inferir que, para mulheres e homens separados e assegurados, namorar estando ferido se faz difícil pela discriminação sofrida, o que os conduz a estado de tristeza.

Para o estímulo sexo, esta categoria não apresentou expressões significativas, no entanto, para o estímulo “sexo tendo uma ferida” o quadro apresenta as palavras “rejeição” e “cuidado”, através das quais é possível inferir que, para este grupo de participantes, relacionar-se sexualmente portando uma ferida exige cuidado para evitar a rejeição do parceiro.

Baseado nas evocações expressas sobre ter *o corpo ferido* e *namorar*, ambas ressaltando a discriminação vivida por sujeitos que se encontram separados, observa-se uma possível vinculação direta com as representações de *sexo tendo ferida* como sendo algo marcado pela recusa dos parceiros, a rejeição, a repulsa sucedida de ruptura do relacionamento.

No fator 2 F2 , na porção inferior do gráfico, está representada a categoria mulheres e homens que trabalham (em função ativa remunerada formal).O gráfico apresenta como resposta ao estímulo 1 *corpo ferido* a palavra “dor”, o que permite inferir que a experiência do corpo ferido, para tais sujeitos, traz a dor como elemento mais significante. Na aplicação do TALP no estímulo 1, o termo “dor” vem agrupado por expressões como “queima, coceira; se andar muito dói; tomar remédio”, tais palavras, neste fator, permite inferir que a dor física é um estado

extremamente importante nos sujeitos investigados, e que alerta por ser este um sinal de progressiva incapacitação para o trabalho, a referência ao corpo como um corpo que dói, o coloca no centro das atenções das pessoas feridas marcando-os com sofrimento físico.

As representações sobre *namoro*, para este grupo de investigados foram objetivadas na figura dos parceiros, apresentada no gráfico pela palavra “**parceiro**”, neste inclui namorados, esposo, esposa, companheiros antigos e atuais.

Para o estímulo *namorar tendo uma ferida*, o gráfico mostra como significante para este grupo a expressão “**pode piorar**”, o que permite inferir que, para homens e mulheres que trabalham, namorar tendo um corpo ferido pode piorar seu estado de saúde. Esta categoria reforça o que fora apreendido das narrativas quando as/os participantes revelam que, para elas/es, namorar pode levar à infecção da ferida, provocar inflamações e aumentar o tamanho da ferida. Expressões como “aumento da ferida”, “traumatiza o lugar” foram evocadas e formam parte desse grupo a qual foi representada no quadro pela expressão “**pode piorar**”.

Sexo foi objetivado pelas palavras “**desejo**” e “**parceiro**”, indicando que, para esses sujeitos, para se ter sexo é necessário ter desejo e encontrar um parceiro. Já para o estímulo *sexo tendo uma ferida*, o gráfico mostra que tal experiência, para as mulheres e homens feridos que trabalham, encontra-se objetivado nas expressões “**medo**” e “**pode piorar**”. O **medo** é um sentimento que proporciona um estado de alerta, demonstrado pelo receio de fazer alguma coisa, geralmente por se sentir ameaçado, tanto fisicamente como psicologicamente (WIKIPÉDIA, 2010). Para esses participantes, pensar em sexo tendo uma ferida mobiliza o temor de ter sua saúde piorada, devendo portanto ser evitado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao obter as narrativas e histórias das mulheres, percebeu-se que há uma representação/concepção do corpo feminino como objeto de consumo e de troca. O fato de manter relações sexuais, para a mulher, é uma maneira de garantir seu sustento. O homem é visto como o provedor, ele é necessário para a manutenção dos recursos financeiros que mantém a família, deixar de ter “sexo” com o parceiro implica, em certa medida em perder a segurança desse sustento. Quando sucede o rompimento, este é lamentado como “a perda do homem”, não apenas como companheiro ou alguém cujos vínculos se valorizam afetivamente, “perder o homem”, para a mulher enferma crônica, sem benefícios de seguridade social, resulta também em perder recursos de subsistência.

Os homens ressaltam o fato de não podem trabalhar como algo que reflete negativamente em suas masculinidades, ser homem é ser trabalhador/provedor. Alguns alegam: “as mulheres não querem homem que não trabalha, que fica em casa”. Ficar em casa significa permanecer no espaço doméstico (lugar das mulheres), desse modo, os homens solteiros referem dificuldades de estabelecer vínculos, namorar, ou fixar-se em uma nova relação. Ficar em casa representa um grau de dependência familiar o qual não é mais permitido ao homem adulto, de um homem adulto se espera independência, vida pública, mobilidade, liberdade, permanecer muito tempo em casa é uma necessidade imposta pelo repouso prescrito nos tratamentos das feridas, além das dores que o impossibilitam de moverem-se com maior frequência.

Os relatos de cada uma/um das/dos participantes revelam que o “olhar estrangeiro”, o olhar dos outros, perscrutam seu íntimo, parece invadi-lo, os discrimina e rechaça. Assim, essas pessoas elaboram um modo de apresentar-se publicamente de modo a evitar o olhar alheio. Por isso, a maioria das mulheres se recusa a usar saias e vestidos, e os homens a usar bermudas, para evitar expor os membros envoltos em ataduras, que denunciam a existência da ferida. Tais comportamentos /ou relatos tem sido comum nas mulheres.

Percebeu-se que há um modo de vestir-se e apresentar-se no espaço íntimo/doméstico/familiar e outro modo para o espaço público, cuja regra é esconder o ferimento. No espaço doméstico as roupas leves que expõem parte do corpo são permitidas, já no público, o uso de calças é comum para camuflar um corpo frente ao social que impõe o culto ao corpo perfeito/sadio.

As pessoas referem sentir-se sem vontade de estar em grupos, evitam freqüentar os lugares para desviar-se do olhar do público, o olhar curioso que examinam, desnudam, avaliam, discriminam e desvalorizam. Em sua maioria, apresentam-se muito fragilizadas, com lágrimas nos olhos, voz embargada. Todos os depoentes se mostraram fragilizados durante as narrativas, chorando, silenciando para não chorar, refletindo. Isso comprova que é impossível ingressar na subjetividade das pessoas sem, de algum modo, mobilizar seus sentimentos e, conseqüentemente, fragilizando-os ou tornando as fragilidades visíveis, perceptíveis ao longo da interação necessária à pesquisa.

Parte das/os entrevistados expressaram que gostariam que os profissionais dessem uma solução para o seu problema. E relatam: “são tantas as pessoas, se você vai no hospital de Irmã Dulce tem milhares de pessoas com esse problema, se vai para o Santa Isabel são outras centenas, aqui por dia são 40 a 50 pessoas atendidas, será que ninguém se preocupa em encontrar uma solução para isso?”. Diante da falta de respostas só restou o silêncio, e tomar essa posição diante de alguém que busca atenção para suas interrogativas ampliava em mim, no meu papel de pesquisadora, o sentimento de impotência.

Ao ter contato com uma das mulheres, algo me chamou atenção. Ela se apresentava extremamente pálida, de tal forma que me chamou atenção à primeira vista. Decidi então questioná-la se estava em algum tratamento ou se havia feito exames de saúde recentemente. Ao término da entrevista, quando buscava descrever algumas impressões, levantei um questionamento a mim mesma e que registro aqui. Como pode um investigadora/cuidadora/enfermeira ocupar o lugar exclusivo de pesquisadora no espaço de cuidado, quando muitas vezes nos deparamos com as necessidades das pessoas? Como lidar com esses dilemas? Esse distanciamento de que muitos autores pregam me pareceu muito difícil neste contexto, e no momento que nos esforçávamos para cumprir à risca tal distancia, aumentava o sentimento de impotência e o temor de estar sendo negligente.

Ao final das entrevistas, alguns usuários desabafaram a respeito da relação com os profissionais, que, segundo os depoentes, cobram a frequência nos dias agendados; os usuários ressaltaram que enfrentam problemas, dificuldades, que nem sempre podem ir ao serviço no dia agendado.

Muitas vezes me senti triste, desanimada e frustrada quando as participantes reclamavam que deveria haver solução para seus problemas, pois tenho consciência de que, com o passar dos

anos muitas abordagens que deveriam ser aplicadas na fase aguda da lesão, e não foram adotadas, contribuíram para sua cronificação; impotente, também, por que alguns encaminhamentos como solicitação de exames laboratoriais, anamnese, consulta de enfermagem, realização de cultura e abordagem alimentar são medidas que já implemento em minha prática, entretanto, neste espaço, como pesquisadora, estava impossibilitada de fazê-lo.

As/os depoentes identificaram o encontro da pesquisa como uma espécie de terapia. Avaliaram que foi bom o momento da conversa e da aplicação do TALP, que se sentiram bem, muitos declararam estar, pela primeira vez, falando do que sentem ao enfrentar o problema da ferida.

O fato de estar disponível para realizar entrevistas, e a repercussão positiva relatada pelos participantes sobre o bem estar promovido pela escuta, gerou uma expectativa tanto nos pacientes, como nos funcionários, que passaram a encaminhar, para mim, outros usuários que julgavam encontrar-se em necessidade de atenção e escuta. Para evitar a perda de confiança dos participantes, decidi realizar uma escuta informal a princípio e, em seguida, conversei com a equipe de Psicologia do hospital que decidiu abrir um espaço, em sua agenda, para atender os usuários que a equipe identificava com necessidades e aqueles, que se sentissem necessitados de ajuda. Assim, foi divulgado entre os usuários os dias de atendimento psicológico para que o buscassem voluntariamente.

Identificou-se um grande número de pessoas portadoras de anemia falciforme. Esse dado confirma a ocorrência maior dessa doença na população negra, também maioria dentre os usuários do ambulatório de feridas. Somando os fatores sociais de pertencimento à camada social baixa, ser negro, estar desempregado ou afastado do emprego, possuir uma enfermidade crônica como hipertensão, diabetes ou anemia falciforme aumenta os riscos para a cronificação da ferida.

Este estudo apresenta algumas limitações, as quais serão brevemente destacadas a seguir.

O fato de investigar um tema cercado de tabus como a sexualidade e ter, por motivos éticos, que apresentar os objetivos do estudo, por si só estimula o depoente a filtrar os conteúdos de seus depoimentos para que não sejam censurados.

Utilizamos duas técnicas projetivas, anteriores à entrevista, para evitar contaminação da técnica pela narrativa. Notamos, porém, que o estímulo dos testes projetivos motivavam os depoentes a falar livremente sobre si mesmos. Desse modo penso (passada esta experiência) que

fosse produtivo do ponto de vista da pesquisa que o/a investigador/a , para aqueles/as que aspirem utilizar e metodologia aqui aplicada, que se criasse condições para se coletar a entrevista no mesmo momento do TALP, ou que o estímulo á evocação livre de palavras seja utilizada apenas como um indutor de narrativas, desde que não seja uma exigência da teoria. E que as palavras estímulos também possam ser usadas como guias para a entrevista.

Durante a aplicação do TALP percebi que os participantes estavam ávidos por falar de suas experiências. Há uma carência de profissionais que possam lhes oferecer escuta. Este estudo aponta para a necessidade de implantar a escuta terapêutica, nos espaços de cuidados, de pessoas cronicamente enfermas. O fato de os próprios profissionais realizarem uma espécie de triagem, tentando encaminhar as pessoas para uma conversa comigo (enquanto pesquisadora) denotam que tal necessidade, também, é percebida pelos profissionais que ai atuam, e que devido à demanda de curativos e falta de espaço físico adequado não conseguem fazê-lo durante as visitas dos participantes.

Experimentei várias vezes um sentimento de impotência, e me senti muito fragilizada ao escutar as histórias. Sinto que para fazer tal trabalho, também, o/a investigador/a necessita de uma assistência psicológica. Escutar o sofrimento exige um preparo emocional para promover um distanciamento necessário. Certamente que cada vez mais se torna difícil essa meta, já que o vínculo é requisito para um clima de confiança, ao ponto de possibilitar o relato, as narrativas sobre si com a partilha de fatos particulares da vida das pessoas implicadas.

A impotência advém, também, de não poder oferecer-lhes solução para seus problemas. Então eu me perguntava às vezes “o que estou fazendo aqui? O que posso fazer para ajudá-los a minimizar tanta dor? Estou egoisticamente retirando-lhes parte de suas histórias, e o que lhes estou oferecendo em troca?

Creio que tais sentimentos fazem parte dos dilemas de ser cuidadora e investigadora ao mesmo tempo, não podendo dissociar tais papéis no momento da escuta de histórias de vida do usuários do serviço.

Certo dia, no campo, fui surpreendida por um depoente que, após escutar atentamente minha explicação sobre os aspectos éticos da pesquisa, ao final da entrevista, emocionado, me perguntou: - A senhora como pesquisadora pode receber um abraço? A princípio não sabia o que responder...foi um misto de medo e de vergonha ...Eu não poderia negar aquele pedido (poderia???) Então, após falar sobre si ele me abraçou fragilizado, com lágrimas contidas nos

olhos... agradeceu por permitir que contasse um pouco de seu sofrimento. Eu me contive também, emocionada, para não chorar. Naquele momento, milhões de dúvidas e questionamentos ético e morais se passavam por minha cabeça. Estávamos no consultório, sozinhos, eu uma mulher tentando colher histórias sobre sexo de um homem, e eu me perguntava o que posso dizer nesta situação? Tive medo...a pesquisa não nos prepara para tais encontros, talvez a vida, o olhar, a sensibilidade, o respeito, o cuidado nos ajude a superar nossa próprias limitações para escutar as pessoas em sofrimento, equilibrando a distancia e a aproximação necessária a esses encontros. Elas, as pessoas feridas, estão carentes de serem escutadas, e nós cuidadoras/es carentes de escutá-las e de discutir como se preparar e estar apto para tal escuta.

Buscando estar mais preparada para momentos como este, que acabo de relatar, procurei ajuda do serviço de psicologia da unidade e pude partilhar de algumas de minhas inquietações com os psicólogos e me sentir mais segura para continuar.

Cada entrevista era uma surpresa. E após o evento do abraço, passei a dedicar alguns minutos sozinha na sala enquanto escrevia minhas impressões daquele encontro, respirava fundo, e tentava me recompor antes de começar a próxima entrevista, até mesmo para evitar assustar os pacientes. O que eles iriam pensar de saber que eu estava de portas fechadas no consultório com alguém e os recebesse chorando?

Outra limitação deste estudo é que as entrevistas, sob temor de serem realizadas de modo diferentes, e também por que o tema sempre foi julgado como delicado optou-se por serem colhidas todas pela própria pesquisadora. O fato de uma mulher estar escutando aos homens não pode ter limitado sua fala?, esta é uma suposta indagação para aplicações futuras deste desenho de estudo.

Muitas vezes, os homens interrompiam suas falas, olhavam para mim durante a entrevista e diziam que não podia me dizer "*certas coisas*". Um deles perguntou: "*está gravando?*", eu respondi que sim, "*então não posso falar*". Em outras situações, um deles expressou: "*não pensei que fosse dizer essas coisas, de repente sai coisas que não imaginamos*", como se houvessem dito algo impróprio. Outro depoente me devolveu uma pergunta, disse: "*Se fosse você, você namoraria com um homem com uma ferida nas pernas?*" Considero que, com todo meu esforço de disfarçar meu incômodo, o participante deve ter percebido que eu fiquei sem ação, sem palavras. E, de modo mais intuitivo que planejado respondi: "nesse momento estamos falando de sua experiência. Eu nunca parei para pensar nesta possibilidade, não sei o que lhe responder". E,

como o tema tratado era sexualidade, com os homens sempre me sentia em constante vigilância, uma espécie de temor de que invadisse minha intimidade, cuidadosa na formulação das perguntas para evitar que eu fosse interpretada como invasiva ou mesmo disponível.

Neste estudo, homens principalmente, apresentaram o comportamento de devolver as questões em forma de interrogantes ao tratar de aspectos da sexualidade.

Na entrevista com as mulheres, me sentia mais à vontade, menos vigilante, o que me fez questionar se para tratar de estudos sobre sexualidade o gênero do/a pesquisador/a produz alterações ou diferença no processo da entrevista? Seria necessário então, homens para entrevistar homens e mulheres para entrevistar mulheres? Seria importante para futuros estudos se observar se há diferenças na realização das entrevistas entre indivíduos do mesmo gênero e compará-las com entrevistas realizadas em indivíduos de gêneros diferentes.

O encontro com as mulheres me fez perceber, também, aspectos bem distintos dos homens. Estes começavam a falar de seus relacionamentos com as mulheres e, em certo ponto, como que censuravam o que iam dizer. Eles paravam e permaneciam em silêncio ou mudavam imediatamente de assunto, de tema. Versavam sobre suas dificuldades na hora da relação por causa da dor, e relatavam que recorriam ao sexo pago quando se sentiam rejeitados pelas mulheres, ou que mantinham relações fora do casamento para compensar tal rejeição. Informações como estas foram expressas fora do espaço da entrevista gravada, geralmente após a aplicação do TALP, momento percebido como desabafo, e após as entrevistas quando o gravador não se encontrava mais ligado.

Já as mulheres, respondiam com evasivas ou falavam menos sobre sexo e sobre o encontro sexual com espontaneidade, davam voltas e voltas, falavam de família, de filhos, das perdas, e da solidão. Constatou-se neste estudo que quando as pessoas tratam de temas relativos ao campo sexual, a linguagem muda imediatamente, elas buscam palavras apropriadas para se expressar sutilmente, fazem rodeio demonstrando uma censura do conteúdo versado. O/a entrevistado/a parece manipular a todo o tempo a informação sem utilizar palavras diretamente vinculadas ao ato sexual, ao encontro íntimo, utilizando a linguagem de modo a deixar entender o que quer dizer sem de fato ser dito. Ou seja, o que se pretende dizer é dito com muito cuidado,

evitando deixar explícito aspectos da vida íntima, o que diz apresenta-se sempre velado. O depoimento abaixo pode exemplificar:

- Me fale um pouco sobre sua vida pessoal ?

Minha vida pessoal? (embarga a voz, fica em silencio prolongado... mostra-se muito triste, chora).Minha vida pessoal? ... (mantém silencio) não é boa (triste mantém silêncio)Em minha cabeça não vem nada agora sobre minha vida pessoal (Rosa, 30 anos, ferida há 15 anos).

As solteiras mais jovens e sem experiências de filhos falavam um pouco mais sobre seus encontros sexuais, dos conflitos com os namorados, e como procediam para ocultar o problema evitando a ruptura da relação.

Necessito assinalar que as dificuldades para realizar as entrevistas cresciam na medida em que eu permanecia no *lócus* da investigação. Creio que as/os participantes eram bastante mobilizados, emocionalmente, pela própria aplicação da técnica projetiva, o que já os fazia refletir muito sobre sua história e muitas/os delas/es desistiram de participar da entrevista após haver participado das primeiras etapas do estudo (o desenho e o TALP) .

Há que se levar em consideração que uma coleta mais minuciosa poderia ser mais produtiva através de vários encontros com as mesmas pessoas, que além de se constituir em encontros para coleta de dados se organizassem como encontros terapêuticos, a partir dos quais uma maior interação entre entrevistados e entrevistadora fosse construída pouco a pouco. Isso se aprende no processo. Daí experimentei a vontade de voltar ao começo para refazer todo o percurso metodológico, formular novas perguntas, acrescentar e suprimir elementos de pesquisa.

Com base na análise dos dados, percebeu-se que mulheres e homens enfrentam a existência da ferida com importantes mudanças em seu cotidiano, nas variadas esferas. As alterações mais evidenciadas em suas narrativas relacionam-se à autoimagem, a autoestima, ao trabalho, vida social, vida familiar e sexualidade. O afastamento precoce do trabalho se dá a partir das limitações provocadas pelas persistentes dores que os limitam fisicamente, além de odores e edema das pernas que os impedem de caminhar ou permanecerem períodos na mesma posição.

As alterações na vida social os conduz ao isolamento motivado, pela vergonha em se expor aos olhares alheios e sofrer discriminação. Na vida sexual, denotou-se evidente redução do interesse sexual por parte das mulheres, associado a perda da autoestima e redução da freqüência de relações sexuais, por parte dos homens, associado à dor física e à falta de interesse das

parceiras. Em ambos, foram identificadas as alternativas de novas representações de si mobilizadas a partir da experiência do estigma.

Embora, na atualidade, as relações de gênero tenham sofrido transformações, os valores e normas de conduta tradicionais, todavia, não alteraram significativamente os estilos e padrões de interação social. O homem, como pessoa, mantém-se valorizado por seu poder, na propriedade de bens materiais e no status social que adquiriu, enquanto a mulher estaria ainda vinculada à sua capacidade administrativa e o controle do ambiente doméstico-privado.

Dos resultados, depreende-se que mulheres feridas representam seus corpos como repugnantes e pouco atraentes que devem ser omitidos para evitar o rechaço e o olhar curioso do outro. Os homens feridos representam seus corpos como frágeis, inabilitados para o trabalho, confrontando a imagens do “ser homem” forte, agressivo e viril.

Mulheres e homens elaboram formas de apresentação de si, distintos para espaço privado e espaço público. A regra é esconder o ferimento do olhar alheio. No espaço privado, roupas leves e curtas expondo o corpo são permitidas, no público, as vestes compridas mascaram um corpo “incompleto”, frente ao mundo social que cultua o corpo “perfeito”. As representações apreendidas destacam que a experiência do corpo ferido implica em limitações da vida social, tabus alimentares, dor física, dificuldade para autocuidar-se, alteração da autoestima, vergonha, autopreconceito, isolamento, estigma e rejeição social. As representações, sobre o corpo ferido, influenciam como mulheres e homens apresentam seus corpos, se sentem frente a outros corpos, e se comportam face às mudanças advindas das feridas.

Em uma sociedade como a brasileira, que privilegia o corpo eficiente, dinâmico e belo, perder a integridade cutânea representa perder o status de normal e saudável para integrar um grupo diferente e estigmatizado e, possivelmente, experimentar um corpo que se torna estranho a si próprio.

As mulheres, neste estudo, encontram-se em perceptível desvantagem quando comparadas aos homens no que se refere aos aspectos materiais de subsistência e quanto à manutenção dos vínculos afetivo- sexuais. Observa-se, ainda, que as mesmas não contam com seus companheiros como cuidadores, já que a maioria se encontra sozinha na trajetória da enfermidade.

O fato de exercerem funções domésticas, de remuneração informal, coloca as mulheres em maior vulnerabilidade à cronificação da ferida já que, para manterem suas necessidades, permanecem trabalhando, dispensando pouco tempo ao repouso recomendado para a terapia,

além de necessitarem permanecer longos períodos em pé para a execução de serviços como lavar, passar, cozinhar, seja para o empregador, seja para a própria família.

A ferida aparece como instrumento de poder que desvaloriza e põe mulheres e homens em vulnerabilidade à violência e discriminação, com acentuado risco para as mulheres.

Este estudo demonstrou que, se os profissionais não elaborarem questões sobre a sexualidade durante as consultas, os usuários pouco o farão, uma vez que acreditam que os profissionais de saúde os proibirão de realizar práticas sexuais. Associado a isso, o sexo mantém-se cercado de tabus, entendido como fator de piora de seu estado geral. O desafio para os profissionais seria incorporar novas medidas, do saber científico, às práticas já desenvolvidas pelos pacientes e abordar a temática, desde a perspectiva de desconstrução de tabus e estereótipos relacionados ao corpo e a intimidade *versus* as necessidades do tratamento.

As representações que as pessoas cronicamente feridas elaboram sobre seus corpos e sexualidade se dão em variados contextos nas mais diversas interações: em grupos de amigos, família, parceiros íntimos e outras pessoas que se encontram no espaço terapêutico, sejam profissionais ou outros enfermos. A satisfação da sexualidade aparece, neste estudo, como um aspecto limitado da vida íntima para eles, e anulado para elas, revelando clara distinção de gênero.

Junto com a dor, a presença das secreções e os odores figuram entre os principais obstáculos para a satisfação dessa necessidade, merecendo um destaque especial ao cuidado de Enfermagem com vista à melhoria da qualidade dos encontros íntimos, dessas pessoas, a partir da disponibilização de recursos materiais capazes de eliminar tais desconfortos em associação com a terapia compressiva, uma vez que esta é recomendada cientificamente, como recurso terapêutico de primeira escolha, dada à sua eficiência no manejo das feridas crônicas.

Outro aspecto relevante, evidenciado neste estudo, diz respeito ao sofrimento psíquico das pessoas cronicamente feridas, que a priori assemelha-se a formas não patológicas de depressão classificadas como depressão reativa. Essa se manifesta como uma resposta psicoemocional característica precipitada após a ocorrência de fatos novos e importantes na vida das pessoas, mas que merece ser mais explorada no sentido não somente de prestar-lhes o apoio requerido, como de identificar e tratar as formas patológicas, mais graves, que porventura possam estar presentes neste tipo de adoecimento crônico.

A exploração das Representações Sociais através do uso de técnicas projetivas demonstrou-se útil para a análise de temas cercados de tabus como o corpo e a sexualidade *versus* enfermidade por que permite a articulação entre os aspectos psicológicos e sociais da experiência. Contudo, vale ressaltar que as questões levantadas neste estudo merecem aprofundamento em futuras investigações no que diz respeito ao sofrimento psíquico, ao luto do corpo, a autodiscriminação e alteração de identidade, dentro do processo de adoecimento, dessas pessoas.

Os resultados apontam para a necessidade de um contínuo investimento para a abordagem de temas relativos à subjetividade, corpo e sexualidade nas discussões sobre o cuidado voltado a pessoas cronicamente feridas, seja no espaço de formação técnico profissional, seja no espaço assistencial em que essas pessoas estão inseridas. O desafio será tornar a escuta terapêutica uma ferramenta para o cuidado sensível de pessoas que, além de ter um corpo ferido também apresentam um “eu” ferido. Mas, como torná-la possível se enfileiramos pessoas em frios corredores a espera de curativos? Em espaços que muitas vezes sequer existem cadeiras para esperar? Onde profissionais de saúde passam tamponando narizes no comportamento mais explícito de repulsa? Onde indivíduos que vendem produtos são mais importantes do que aqueles que os utilizam? Dar respostas a novas e velhas perguntas como estas talvez possa nos ajudar a encontrar um caminho.

REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.

ABRIC, Jean- Claude. A organização interna das representações sociais: sistema central e sistema periférico. Tradução de Angela Maria de Oliveira Almeida e colaboradores. In: GUIMELLI, Ch. **Structures et transformations des representations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 73-84.

ABRIC, Jean- Claude. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: _____. **Estudos interdisciplinares de relações sociais**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-37.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina de. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. 328 p.

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; ALVARENGA, Augusta Thereza de; VASCONCELOS, Maria da Penha Costa (Org.). **Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos**. São Paulo: Fapesp; Edusp, 2005. 293 p.

AGUILAR, Maria del Carmen Garcia. La apropiación del cuerpo. Un largo camino hacia el “para si”. In: MUNIZ, Elsa; LIST, Mauricio (Coord.). **Pensar el cuerpo**. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2007. p. 235-243.

AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José. O uso de procedimento de desenhos-estórias com tema em pesquisa sobre Representação Social: projeção e transicionalidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v.6, p.103-127, 1995.

_____. Investigação de representações sociais. In: TRINCA, Walter. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**: procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias. São Paulo: Vetor, 1997. p. 255-288.

ALVAREZ, R. T.; SUGIYAMA, E. I. La experiencia de vivir con una lesión medular traumática: desde el análisis de la narrativa. **Psicología y ciencia social**, México, v. 6, n. 002, p. 23-33, 2004.

ALVES, Paulo César Borges. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

AMBLER, N. et al. Sexual difficulties of chronic pain patients. **The Clinical Journal of Pain**, v. 17, n. 2, p. 138-145, 2001.

ARRUDA, A. M. S. O estudo das representações sociais: uma contribuição à psicologia social no nordeste. **Revista de psicologia**, Fortaleza, CE, v. 1, n. 1, p. 05-14, jan./dez. 1983.

BARBOSA, Regina Maria. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, Regina Maria.; PARKER, Richard (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004. 223 p. Título original: L'analyse de contenu.

BALLESTER ARNAL, Rafael. Un análisis crítico de la aportación de parsons a la psicología de la salud. **Cuadernos de Medicina Psicosomática**, n. 25, p. 41-51, 1993.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BORDO, Susan. **La cultura occidental y el cuerpo**. Traducción de Moisés Silva. **La ventana**, n. 14, 2001..

BORGES, Eline Lima et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2001.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc. *Falas Masculinas ou Ser Homem em Fortaleza*. Múltiplos recortes da construção da subjetividade masculina na contemporaneidade. 2000. Tese (Doutorado em Sociologia), Curso de Doutorado em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **Escritos de educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. **La dominación masculina**. 4. ed. Barcelona, España: Editora Anagrama, 2005.

BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 172p.

BRASIL. In: PARKER, Richard. (Org.). AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará; UERJ, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96, de 10 de out.1996**. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRIGGS, M.; TORRA I BOU, J. E. **El dolor durante los cambios de apósito**: una guía de tratamiento. In: EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION- EWMA. Documento de posicionamiento. Londres: Medical Education Partnership, 1988. p. 12-17

BRITO, Jussara Cruz de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2010.

BROD, M. Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and caregivers. **Qual Life Res.**, v. 7, n. 4, p. 365-372, 1998.

BUTLER, Judith. Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault. In : BENHABIB. S.; CORNELL, D. (Org.). **Variações sobre sexo e gênero**. Tradução de Nathanael da Costa Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1987.

_____. **Gender trouble**: femimnism and the subversion of identity. New York: Routledge, 1990.

_____. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do 'sexo'. In : LOURO, Guacira. (Org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 1999..

_____. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CÂNDIDO, Luis Claudio. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: Senac, 2001.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem.** 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, Bahia , 2005.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana; SADIGURSKY, Dora; VIANNA, Roberta. O significado da ferida para quem a vivencia. **Rev Estima**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 26-32, abr./maio/jun. 2006.

CHUAQUI, Valentina Fajreldin. Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural. elementos para la interdisciplina: artículo de educación. **Ciencia & Trabajo**, año 8, n. 20, p. 95-102, Abril/ Junio, 2006. Disponível em: < www.cienciaytrabajo.cl >. Acesso em: 18 ago. 2009.

CIBOIS, U. F. R. **Tri-deux mots.** Versão 1.1. Paris: Sciences Sociales, 1989. (3 disquetes).

COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Depressão infantil: uma abordagem psicossocial.** João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2001.

_____. **Representações sociais e práticas de pesquisa.** João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005.

COUTINHO, Maria da Penha Lima; NÓBREGA, Sheva Maia da; CATÃO, Maria de Fátima M. Contribuições teórica-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete .(Org.) **Representações sociais: abordagem interdisciplinar.** João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2003.

CRUZ, Enêde Andrade. **Práticas profissionais de trabalhadores em central de material e esterilização: representações sociais da equipe de enfermagem.** 2003. 216f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CUNHA, C. G. **Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada.** Monografia Especialização Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará. 2004. Disponível em: <<http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/>> Acesso em: 26 mar. 10.

DANTAS FILHO, Venâncio Pereira. Aspectos éticos do tratamento de feridas. In: JORGE, Sílvia Angélica ; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista . **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. Aspectos históricos do tratamento de feridas. In: JORGE, Sílvia Angélica ; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, 1996.

DAZIO, Eliza Maria Rezende; SONOBE, Helena Megumi; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2010.

DE GARAY, Graciela. La entrevista de historia oral: ¿monólogo o conversación? **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, v. 1, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://redie.uabc.mx/vol1no1/contenido-garay.html>>. Acesso em: 8 fev. 2008.

DE LA CUESTA-BENJUMEA, Carmen. Las mujeres y el manejo del síntoma: de la valoración a la selección. **Salud Publica Mex.**, v. 41, p. 124-129, 1999.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2010.

DE ROSA, Annamaria Silvana. Rede associativa: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos samenticos relacionados com as representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes et al (Org.) **Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 61-128.

DENZIN, N.K. Interpretando as vidas das pessoas comuns: Sartre, Heidegger e Faulkner. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 29-43, 1984.

_____. **Interpretive biography**. London: Sage, 1989.

DUARTE, Luis Fernando D. Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas. In: LEITE-LOPES, J. S. (Org.). **Cultura e identidade operária**: aspectos da cultura de classe trabalhadora. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; São Paulo: Marco Zero, 1987.

FARIA, N. Sexualidade e gênero: uma abordagem feminista. In : FARIA, N. (Org). **Sexualidade e gênero**. São Paulo: SOF, 1998.

FEMENÍAS, María Luisa. **Judith Butler**: introducción a su lectura. Buenos Aires: Catálogos, 2003. 208 p.

FERREIRA, Miguel A.V. **De la minus-valia a al diversidad funcional**: un nuevo marco teórico-metodológico. 2005. Disponível em: <<http://www.um.es/discatif/TEORIA/Ferreira09.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

FIGUEIREDO, Nébia Maria de; CARVALHO, Vilma de. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FINGER, B. Sexuality and chronic illness. **Paper presented at the 2006 AAPA Conference**. 2006. Disponível em: <<http://members.aapa.org/aapaconf2006/syllabus/6039FingerChronicIllnessSex.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2008

FOUCAULT, Michel. **La historia de la sexualidad**. Mexico: Siglo XXI, 1976. 3 v.

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; J.A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FREIDSON, Eliot. **La construcción profesional de conceptos de enfermedad**. En: La profesión médica. Barcelona: Península, 1978.

FROEMMING, L. S. Era como num sonho... Era como num filme...**Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre. 18, 2000

GALVAREZ, R. T.; SUGIYAMA, E. I. La experiencia de vivir con una lesión medular traumática: desde el análisis de la narrativa. **Psicología y ciencia social**, México, v. 6, n. 002, p23-33, 2004.

GASTALDO, Édison. Goffman e as relações de poder na vida cotidiana. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 68, p.149-153, Oct. 2008.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel.; CAMARGO, Brígido Vizeu. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicol. teor. prat.**, v. 6, n. 1, p. 31-44, jun. 2004.

GIAMI, Alain. La medicalisation de la sexualité: aspects sociologiques et historiques" **Andrologie**, v. 8, n. 3, p. 383-390, 1998.

GLEYSE, Jacques. A carne e o verbo. IN: SOARES, Carmen (Org.). **Pesquisas sobre o corpo: ciências humanas educação**. Campinas, SP: Autores associados; São Paulo: FAPESP, 2007.

GIFFIN, Karen; CAVALCANTI, Cristina. Homens e reprodução. **Estudos Feministas**, n. 7, p. 53-71, 1999.

GIR, Eluci; NOGUEIRA, Maria Suely; PELÁ, Nilza Tereza Rotter. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2008.

GOELLNER, Silvana Vilodre. A cultura fitness e a estética do comedido: as mulheres seus corpos e aparências. IN: STEVENS, Cristina Maria Teixeira; SWAIN, Tânia Navarro. **A construção dos corpos: perspectivas feministas**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2008. 312 p.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1975.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. La ritualización de la femineidad. In: _____. **Los momentos y sus hombres**. Textos seleccionados y presentados por Yves Winkin. Barcelona: Ediciones Paidós- Iberica, 1991. p. 135-168.

GOFFMAN, Erving. **Comportamento em lugares públicos**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007.

GÓMEZ-ARIAS, R. D. La noción de enfermedad . Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia- Entorno Virtual de Aprendizaje **Epidemiología para la Salud Pública Medellín**, Sep. 2003.

GONZÁLEZ, J. S. La historia basada en fuentes orales. **Arch Memoria**, v. 3, n. 1, 2006.
Disponível em: < <http://www.index-f.com/memoria/3/a0600.php> >. Acesso em: 8 fev. 2008.

GOY, J. Histoire Orale. In: ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS. Paris, 1980. suppl. p.743, 1980. Paris .

HEILBORN, Maria Luiza (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahara, 1999. p. 206.

HERZLICH, Claudine. **Health and illness: a social-psychological analysis**. New York: Academic Press, 1973.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 391 p.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 63-85.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 90-113.

JUÁREZ, Elia Noria Arganis. Cuando el cuerpo ya no responde: el padecer de una mujer con artritis reumatoide. In: MUÑIZ, Elsa; LITZ, Mauricio. **Pensar el cuerpo**. Serie Memorias. Biblioteca de ciencias sociales y humanidades. Mexico: Universidad Autonoma Metropolitana, 2007. p. 255-264.

KANE, D.P. Chronic Wound healing and chronic wound management. In: KRASNER, L.D.; RODEHEAVER, G. T. **Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals**, 3. ed. Wayne, PA: Health Management, 2001. p. 7-16.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: Suffering, Healing & the Human Condition**. New York: Free Press, 1991.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985

_____. **A morte- um amanhecer**. São Paulo: Pensamento, 1997.

LA TAILLE, Yves De. **Vergonha, a ferida moral**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 2003. 240 p.

LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela Riva. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, jul 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2010.

LEDON LLANES, Loraine et al. Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. **Rev Cubana Endocrinol** , Ciudad de la Habana, v. 18, n. 2, 2007 . Disponível em: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000200001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2008.

LEWIS, S.; BOR, R. Nurses' knowledge and attitudes toward sexuality and relationship of these with nursing practice. **J. Adv. Nurs.**, v. 20, n. 2, p. 251-259, 1994.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Esterman; WALDOW, Vera Regina (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In : _____. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 176 p.

LUCENA, Amália de Fátima et al . Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, jun. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2010.

MADEIRA, Margot Campos. Representações sociais e processo discursivo. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 452-468.

MAGALHÃES, Myrian Biaso Bacha. Anatomia topográfica da pele. In: BORGES Eline Lima et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2001. p. 1-15.

MÁRIN, Antonio Lucas. **Sociología: una invitación al estudio de la realidad social**. Navarra, España: Ediciones Universidad de Navarra, 2006.

MARINELLO, Josep. et al. Úlceras de la extremidad inferior. **Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular**, v. 11, n. 4, p. 214-222, 2005.

MARTINS, Carlos Benedito de Campos. Notas sobre o sentimento de embaraço em Erving Goffman. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 68, p.137-144, Oct. 2008.

MARZANO-PARISOLI, Maria Michela. **Pensar o corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MAYOL, Pierre. A conveniência. In: CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. (p. 37-114 e notas referentes aos capítulos)

MCCABE, M.; CUMMINS, R.; DEEKS, A. Sexuality and quality of life among people with physical disability. **Sexuality & Disability** [serial on the Internet], v. 18, n. 2, p. 115-123, June 2000.

MCQUAY, H. J. et al. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. **Health Technol Assessment**, v. 1, n. 6, p. 75-84, 1997.

MELO, Zélia Maria de. **Os estigmas**: a deterioração da identidade social. PUC-MG. 2000. Disponível em: <<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>>. Disponível em: 15 mai. 2010.

MELLEIRO, Marta Maria; GUALDA, Dulce Maria Rosa. O método biográfico interpretativo na compreensão de experiências e expressões de gestantes usuárias de um serviço de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2010.

MENDOZA, Ximena Ibarra; GONZÁLEZ, José Siles. Rol de enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. **Cultura de los Cuidados**, Año 10, n. 20, p. 129-135, 2º. Semestre, 2006.

MENEGHEL, Stela Nazareth. Histórias de vida: notas e reflexões de pesquisa. **Athenea Digital**, n. 12, p. 115-129, otoño 2007. -ARTÍCULOS. Disponível em: <<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/viewFile/414/367>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

MENÉNDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? **Alteridades**, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.

MENIN, Maria Suzana de Stefano. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psicol. teor. Pesqui.**, v. 22, n. 1, p. 43-51, jan./abr. 2006.

MERCADO, J. M. El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: MERCADO, J. M.; TORRES, L. T. (Comps.). **Análisis cualitativo en salud**: teoría, método y práctica. México: Ed.Plaza y Valdes, 2000. p. 47-72.

MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. et al. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 179-186, jan. 1999.

MEYER, Dagmar Esterman. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, Vera Regina et al (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MODEL, J. **Sexuality, Intimacy & Chronic Illness**. Amyotrophic Lateral Sclerosis Society Of Canada Société Canadienne De La Sclérose Latérale Amyotrophique. 265 Yorkland Blvd, Suite 300, Toronto, Ontario M2J 1S5, 2008.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu, the body and the health: some theoretical approaches. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2008.

MONTYSUMA, Marcos Fábio Freire. Um encontro com as fontes em história oral. **Estudos Ibero-Americanos**, PUCRS, v. 32, n. 1, p. 117-125, jun. 2006.

MORAGAS, Ricardo. Enfoque sociológico de diversas concepções de salud. **Papers**: Revista de Sociología, Universidad de Barcelona-Universidade de Rhode Island, n. 5, 1976.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

NÓBREGA, Sheva Maia; COUTINHO, Maria da Penha Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete. (Org.). **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2003. p. 67-77.

NÓBREGA, Sheva Maia; FONTES, Érica Palmieri Guimarães; PAULA, Fabíola Maria Souza Macêdo de. Do amor e da dor: representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 77-87, 2005.

NOLASCO, Sócrates. **O Mito da masculinidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

NUNES, Everardo Duarte. Social science e medicine. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 1995.

OLIVEIRA, Abílio; AMÂNCIO, Lígia. A análise factorial de correspondências no estudo das representações sociais: as representações sociais do suicídio na adolescência. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes et al (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p.323-362.

OLIVEIRA, Denise Cristina de. et al . Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais, In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes et al (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 573 – 603.

OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de; ROMANELLI, Geraldo. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cad. Saúde Pública** [online], v.14, n.1, p. 51-60, 1998.

ORTEGA Y GASSET, José. **El hombre y la gente**. Madrid: Revista de Occidente, 1981.

PAIVA, Mirian Santos; AMÂNCIO, Lígia. Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para Sida-Aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil Portugal. **HIV-AIDS Virtual Congress**, 5, Lisboa, 12 de Outubro a 1 de Dezembro 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promotion of sexual health Recommendations for action**. Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), In collaboration with the Word Association for Sexology (WAS). In Antigua Guatemala, Guatemala. May 19-22, 2000.

PARKER, Richard. Diversidade sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a AIDS no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andréa. **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 141-159.

_____. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 1999.

PARSONS, Talcott. **El sistema social**. 2. ed. Madrid: Revista de Occidente, 1976.

PASERO, C. L. Procedural pain management. **Am J Nurs.**, v. 98, n. 7, p. 18-20, 1998.

PASSOS, Elizete Silva. **Palco e platéias: as representações de gênero na Faculdade de Filosofia**. Salvador: NEIM/FFCH/UFBA, 1999.

PÉREZ-COTAPOS, María Luisa; COSSIO, María Laura. Tatuajes y perforaciones en adolescentes. **Rev. méd. Chile**, v. 134, n. 10, p. 1322-1329, oct. 2006.

PLAZA, Rosío Córdova. **Cuerpo deseante, cuerpo vulnerable**. Concepciones sobre el erotismo y el placer en un grupo campesino de VeraCruz-Universidad Veracruzana, México, núm. 1, 2003. p.91-115.

RECILLAS, A. C. G. El cuerpo del monotipo. **Tesis Licenciatura. Artes Plásticas con especialidad en Escultura. Departamento de Artes Plásticas y Teatro**, Escuela de Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. Mayo. Derechos Reservados, Universidad de las Américas Puebla, 2003. p. 23-34.

RESSEL, Lúcia Beatriz. **Vivenciando a sexualidade na assistência de Enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. 2003. 333f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RODRÍGUEZ, Antonio Galán; PICABIA, Alfonso Blanco; SAN GREGORIO, María Ángeles Pérez. Análisis del concepto de conducta de enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. **Anales de psicología**, v. 16, n. 2, p. 157-166, 2000.

ROE, B.H. et al. Nursing treatment of patients with chronic leg ulcers in the Community. **Journal of Clinical Nursing**, v. 3, p. 159-168, 1994.

ROSALVO, Michele Z. A mulher, a cultura e a sociedade: urna revisão teórica. In: ROSALVO, Michele. Z.; LAMPHERE, Louise. (Ed.). **A mulher a cultura a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 33-64.

ROMERO, Fanny Longa. À margem do corpo. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832007000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2008.

RUBIN, Gayle. Thinking sex: notes of a radical theory of the politics os sexuality. In: VANCE, Carol. (Ed.). **Pleasure and Danger**: exploring female sexuality. Londres: Pandora Press,1993.

SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane, (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-43.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

_____. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane, (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo, Brasiliense, 2004. p. 19-45.

SAÁR, Sandra Regina da Costa; LIMA, Vera Lúcia de Araújo Nogueira. Avaliação do portador de ferida. In: BORGES Eline Lima et al. **Feridas**: como tratar. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2001. p.31-49.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004.

SANTIAGO, I. M. F. L. Gênero e sexualidade: algumas reflexões. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 6, mar. 2004.

SARDEMBERG, Cecília Maria Bacellar. A mulher frente à cultura da eterna juventude: reflexões teóricas e pessoais de uma feminista “cinquentona”. In: FERREIRA, Silvia Lúcia ; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. (Org.). **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM/UFBA, 2002. p.51-68. (Coleção Bahianas, v. 7).

SAVATER, Fernando. Ulises busca la ayuda de Filoctetes: Ensayo de Fernando Savater sobre el Filoctetes de Sófocles. Disponível em: <<http://www.mgar.net/var/ulises4.htm>>. Acesso em: 23 dez. 2009.

SCHLIEMANN, Ana Laura et al. Sexualidade - adolescência - deficiência mental: um desafio a pensar. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo.

SCOTT, Joan. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 71-99, 1995.

SERRANO, Sandra. Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 23, p. 137-150, 2005.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, maio/jun. 2002.

SILVA, Milena Froes da.; SILVA, Maria Júlia Paes da. A auto-estima de pacientes ambulatoriais com queimaduras **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.17, n.3. p. 75-84, set./dez. 2002.

SILVESTER, Katie. **The wound in war literature: an image of heroism**. 2002. Disponível em: <<http://spinner.cofc.edu/chrestomathy/vol1/silvester.pdf?referrer=webcluster&>>. Acesso em: 09 dez. 2008.

SONTAG, Susan. **La enfermedad y sus metáforas: el sida y sus metáforas**. Barcelona: Muchnik editores, 1989.

SPINK, Mary Jane. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300-309, jul./set. 1993.

STREY, Marlene Neves. **La Construcción del Proyecto Profesional en la Mujer - Estudio de algunos Aspectos Psicossociales**. 1994. Tese (Doutorado em Psicologia)- Departamento de Psicología Social e Metodología, Universidade Autónoma de Madrid, Espanha, 1994.

SUSAKI, Tatiana Thaller.; SILVA, Maria Júlia Paes da da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2010.

SWAIN, Tania Navarro. “Entre a Vida e a Morte, o Sexo”, In: STEVENS, Cristina M. T.; SWAIN, Tania Navarro. (Org.). **A construção dos corpos: perspectivas feministas**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2008. p. 285-302.

THIOLLENT, Michel J.M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1982.

TORILLO, Daniela. **Las trayectorias laborales, familiares y sociales de las jóvenes de sectores populares y el impacto en sus proyectos de vida.** Un estudio comparativo entre las ciudades de La Plata y Berazategui. Disponível em: <http://www.presi.unlp.edu.ar/secyt/cyt_htm/ebec07/pdf/torillo.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2008.

TRINCA, Walter. **Investigação clínica da personalidade:** o desenho livre como estímulo da percepção temática. São Paulo: EPU, 1987.

_____. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia:** procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias. São Paulo: Vetor, 1997. 292 p.

UMAÑA, Sandra Araya. Las Representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. **Cuaderno de ciências sociais**, 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede Académica Costa Rica. Primera Edición: octubre 2002.

VÁLERY, Paul. **Cachiers.** Francia: Gallimard, 1974. v. 2.

VAN RIJSWIJK, L. The language of wounds. In: KRASNER, L. D.; RODEHEAVER, G. T. **Chronic Wound Care:** a clinical source book for healthcare professionals. 3. ed. Wayne, PA: Health Mangement, 2001. p. 19-24.

VANCE, Carol. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis: Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.

VASCONCELLOS, Doris et al . A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 9, n. 3, dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2010.

VEKEMAN, Cecilia Luca Escobar. **Antropología médica:** una visión cultural de la salud. Antropóloga – Magíster. Profesora Escuela de Ciencias Sociales, Facultad de Educación, Universidad Tecnológica de Pereira, 2007. E:mail: luca@telesat.com.co .

VELHO, Gilberto. Goffman, mal-entendidos e riscos interacionais. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 68, p.145-148, Oct. 2008.

VERGARA, Ricardo López. Cuerpos transgresores/cuerpos transgredidos. Carne y memoria marcadas. Los jóvenes y sus prácticas de modificación corporal. **Ultima Década**, Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas Viña del Mar, Chile, n. 026, p. 103-120, Julio, 2007.

VIEIRA, André Guirland; SPERB, Tânia Mara. O brinquedo simbólico como uma narrativa. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 28 nov. 2006.

WALTERS, Andrew S.; WILLIAMSON, Gail M. Sexual satisfaction predicts quality of life: A study of adult amputees. **Sex Disabil**, n. 16, p. 103-115, 1998.

WALSHE, C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. **J Adv Nurs.**, v. 22, n. 6, p. 1092, 1995.

WEBER, Marx. **Economia y sociedad**. México: Fondo de Cultura Economica, 1969.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2000. 176 p.

YAMADA, Beatriz Farias Alves. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, 2001.

YAMADA, Beatriz Farias Alves; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v. 43, 2009.

FILMES

BEM-HUR. Direção: William Wyler. Produção: Sam Zimbalist, 1959. Duração: 219 minutos
Distribuidora: Warner Home Vídeo

DIÁRIOS de Motocicleta, 2004. Direção: Walter Salles, Roteiro: José Rivera. Produtora - Focus
Features, 2004. Duração: 128 minutos.

GLADIADOR. Direção: Ridley Scott. Roteiro: David Franzoni, 2000. Duração: 154 min.

O CÓDIGO da Vinci. Direção: Ron Howard, Produção: John Calley, Brian Grazer. , Roteiro:
Dan Brown, 2006. Duração:149 minutos, Produtora: Columbia.

SOBRE O ROBERTO SANTOS

<<http://www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=602>>. Acesso em: 21 out. 2008.

CARACTERIZAÇÃO do HGRS. Educação Permente, Comissão de Contratualização, jun. de 2008.

<<http://soteropolitanosdocabula.wordpress.com/2007/07/30/hospital-publico-modelo>>. Acesso em: 12 ago. 2008.

ORGANOGRAMA cedido pelo Serviço de Recursos Humanos do HRS em 12 de fevereiro de 2009.

FIGURAS

PHILOCTETES, Jean-Germain Drouais, 1786-1788;/ Fonte:
<<http://homepage.mac.com/cparada/GML/Philoctetes.html>>.

LÀZARO. Fonte: < <http://www.ecclesia.com.br/images/icones/festas/lazaro.jpg>>.

OMOLU. Fonte: < <http://ocandomble.files.wordpress.com/2008/08/omolu.jpg>>.

ESCARIFICAÇÃO. Fonte: < www.uihealthcare.com/.../bodyalterations.html>.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido1ª via participante
2ª via investigadora**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****ESCOLA DE ENFERMAGEM****TÍTULO DO PROJETO: “SEXUALIDADE DE MULHERES E HOMENS QUE VIVEM COM FERIDAS : Um estudo de Representações Sociais”.**

Salvador, ___/___/ 2008.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo com objetivo de conhecer “A sexualidade de mulheres e homens que vivem com feridas”, este estudo está sendo realizado no Ambulatório do Hospital Roberto Santos em Salvador. Trata-se de um projeto de tese desenvolvido no Doutorado da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia pela pesquisadora Evanilda Souza de Santana Carvalho sob orientação de Profa. Dra. Mirian Santos Paiva.

Conforme determina a Resolução N. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos este estudo requer a participação voluntária das pessoas que vivem com feridas.

Serão entrevistados mulheres e homens que vivem com feridas que desejem voluntariamente participar. Seus depoimentos serão gravados após sua concordância, você poderá falar livremente sobre sua vivência com a ferida e as implicações sobre seus corpos, seus relacionamentos afetivos e sua sexualidade.

As entrevistas serão gravadas em fita de áudio, e ao final você poderá ouvir a fita, caso deseje e poderá retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (5) cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

Além da entrevista você será convidado a citar palavras e produzir desenhos sobre esse assunto e em seguida contar uma história sobre o desenho feito.

Este estudo embora não lhe ofereça riscos físicos, poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos de sua vida particular, ou sentir sua privacidade invadida com a presença e perguntas do pesquisador. Visando reduzir estes riscos, seu depoimento será coletado em ambiente privativo, em uma sala reservada, sem interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido. A você será garantido o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, sem prejuízos para sua assistência.

Os resultados deste estudo serão publicados na tese e artigos científicos. As investigadoras não estão sendo remuneradas para a realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo da autora com apoio da **CAPEES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior através de Bolsa de Estudos.**

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com as autoras através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3283-7631.

Assinatura da (o) participante_____
Ass.da Investigadora_____
Ass. da Orientadora

APÊNDICE B – Instrumento para aplicação das técnicas projetivas



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: “SEXUALIDADE DE MULHERES E HOMENS QUE VIVEM COM FERIDAS : Um estudo de Representações Sociais”.”.

a) PERFIL DO ENTREVISTADO

1.Sexo: Feminino [] Masculino []

2. Idade: _____

3. Religião: _____

4.Situação conjugal :

Tem parceiro/a fixo []

Não tem parceiro/a fixo []

Tem parceiros/as ocasionais []

Tinha parceiro/a antes da ferida []

Começou relação com novo/a parceiro/a após a ferida []

Separou-se do/a parceiro/a após a ferida []

5. Trabalha? Sim [] não []

b) TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

A) Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: “**corpo ferido**”

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

B) Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: “**namoro**”

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

C) Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: **“namorar tendo uma ferida”**

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

D) Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: **“sexo”**

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

E) Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando eu falo: **“sexo tendo uma ferida”**

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

c) ROTEIRO DE DESENHO ESTÓRIA COM TEMA

1. Por favor, represente por meio de um desenho uma situação da vida afetiva e sexual de uma pessoa que vive com uma ferida.
2. Por favor, observe o desenho e escreva uma história sobre ele, que tenha começo meio e fim.
3. Agora leia a história e escolha um título para ela.

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****ESCOLA DE ENFERMAGEM****TÍTULO DO PROJETO: “SEXUALIDADE DE MULHERES E HOMENS QUE VIVEM COM FERIDAS : Um estudo de Representações Sociais”.”.****Entrevista no.****Data:****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Me conte um pouco sobre sua vida afetiva e sexual antes da ferida.
2. Me fale sobre seu corpo e sua vida ao conviver com essa ferida.
3. Me fale sobre sua vida afetiva e sexual após o aparecimento dessa ferida.

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE - UFBA Tel.:3283-7615 (071) / TELEFAX:**
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

PARECER DO CEPEE.UFBA

PARECER sobre o Protocolo CEPEE.UFBA N°. 45/2008 – Folha de Rosto nº 220116 –Sexualidade de mulheres e homens que vivem com feridas: um estudo de Representações Sociais, em reunião do dia 29 de outubro de 2008, foi considerado **APROVADO** .

- Aprovado**
- Não Aprovado
- Projeto com Pendências
- Aprovado com Recomendação

Os pesquisadores devem lembrar-se de apresentar relatório final assim que concluir a pesquisa.

Salvador, 30 de outubro de 2008

Darci de Oliveira Santa Rosa

Darci de Oliveira Santa Rosa

Coordenadora do CEPEE.UFBA

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10111

ANEXO B - Ofício de Apresentação ao Hospital Geral Roberto Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Ofn 56 / 08
Imo Sr. Dr. Sebastião Heldenir Mesquita Junior
DD. Diretor do Hospital Central Roberto Santos

Prezado Senhor,

Vimos pelo presente, solicitar a V.Sa., permissão para que Evanilda Souza de Santana Carvalho, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, proceda levantamento de dados junto aos usuários do Ambulatório local para fins de elaboração de tese de doutorado cujo projeto intitula-se :
“SEXUALIDADE DE MULHERES E HOMENS QUE VIVEM COM FERIDAS: Um estudo de Representações sociais”.

Esperando contar com a colaboração de V.Sa., subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Coordenadora do Programa de Pós -graduação
Em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
Orientadora dos Estudos de Doutorado



Rua Dr. Augusto Viana, S/N, 7º andar. Vale do Canela. CEP 40110-060, Salvador/Bahia
FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452
Página na Internet: <http://www.pgenf.ufba.br> Endereço Eletrônico: pgenf@ufba.br

ANEXO C- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 220116	
Projeto de Pesquisa SEXUALIDADE DE MULHERES E HOMENS QUE VIVEM COM FERIDAS: Um estudo de Representações sociais					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Sexualidade, Feridas, Representações sociais					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 100	Total Brasil 100	Nº de Sujeitos Total 100	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável EVANILDA SOUZA DE SANTANA CARVALHO		CPF 463.760.545-87	Identidade 2035487		
Área de Especialização O CUIDAR EM ENFERMAGEM		Maior Titulação MESTRADO	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço COND. JOSÉ FALCÃO DA SILVA, BL.77 AP.204		Bairro QUEIMADINHA	Cidade FEIRA DE SANTANA - BA		
Código Postal 44026-100	Telefone (75)3602-338 / (75)3623-9961	Fax	Email EVASSCARVALHO@YAHOO.COM.BR		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: <u>03 / 10 / 2008</u>				Assinatura 	
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Hospital Central Roberto Santos		CNPJ 13.937.131/0053-72	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Estrada do Saboeiro, sn		Bairro Cabula	Cidade Salvador - BA		
Código Postal 41180780	Telefone 33722999	Fax	Email		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <u>MARIA DO ESPÍRITO SIO DASILVA</u>		Assinatura 10623			
Data: <u>03 / 10 / 2008</u>		Assinatura 			
Vinculada					
Nome Escola de enfermagem		CNPJ .-	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Campus Universitário do canela		Bairro Canela	Cidade salvador -		
Código Postal 40.110-160	Telefone 0xx7133324452	Fax 0xx7133324452	Email pgenf@ufba.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: <u>ANGELA TAMIKO SATO TAHARA</u>		Assinatura 			
Data: <u>3 / 10 / 2008</u>		Assinatura 			

Profª Drª Angela Tamiko Sato Tahara
Diretora FEUFBA
COREN-Ba nº 0997

ANEXO D- IMP- Dicionário TRI-DEUX-MOTS

TRI-DEUX Version 2.2

IMPOrtation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995

Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est QUATROVA.DAT
et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier de position en sortie sera QUATROVA.POS
et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier d'impression est QUATROVA.IMP

Position de fin des caract,ristiques 4

Nombre de lignes maximum par individu 4

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
en fin de caract,ristiques ... la position 5
il sera laiss, en fin de mot

Nombre de lignes lues en entr,e 50

Nombre de mots ,crits en sortie 1072

Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s

D,coupage en mots termin,

Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres

Impression de la liste des mots

abrac2 abra 3 abrac4 abr1 2 acid1 acid 6 acmu1 acmu 3
acmu3 acm1 3 acmu4 acm2 3 acmu5 acm3 4 aest2 aest 1
aleg1 aleg 2 aleg2 ale1 6 aleg3 ale2 2 aleg4 ale3 3
aleg5 ale4 1 amiz2 amiz 12 amiz4 ami1 1 amor2 amor 17
amor3 amo1 2 amor4 amo2 18 amor5 amo3 4 anima1 anim 1
apfa2 apfa 1 bcsau5 bcsa 1 beij2 beij 6 beij4 bei1 2
bom2 bom2 3 bom4 bom1 7 bom5 bom2 1 bvest1 bves 3
bvest2 bxe1 1 bvest5 bxe2 1 calgo1 calg 1 calo3 call 1
calor3 cal2 1 calor4 cal3 1 cama4 cama 2 carin2 cari 8
carin3 car1 2 carin4 car2 9 casp3 casp 1 cast1 cas1 1
causa5 caus 1 cfam2 cfam 2 cfam3 cfa1 1 cfam4 cfa2 1
cica1 cica 3 cica3 cic1 1 circ1 circ 2 cmo4 cmo4 1
comp2 comp 5 comp4 com1 1 compo2 com2 1 compr2 com3 2
compr3 com4 6 compr4 com5 3 compr5 com6 3 conf2 conf 3
conf4 con1 1 conf5 con2 1 conq2 con3 1 conq4 con4 2
consc2 con5 1 conse2 con6 1 conv2 con7 2 conv4 con8 1
cora5 cora 2 cpfa4 cpfa 1 cqgo2 cqgo 1 cqgo4 cqg1 2

cqgo5 cqg2 1 cqvc3 cqvc 1 cuid1 cuid 6 cuid2 cui1 4
 cuid3 cui2 2 cuid4 cui3 4 cuid5 cui4 6 culpa5 culp 1
 dcur1 dcur 1 decep3 dece 1 delo2 delo 1 desa1 desa 1
 desan1 des1 2 desan2 des2 1 desan4 des3 2 desan5 des4 1
 desca1 des5 2 dese2 des6 1 dese3 des7 1 dese4 des8 9
 dese5 des9 1 desen2 es10 3 desen3 es11 3 dier1 dier 1
 dif1 difi 3 difi2 difi 2 difi3 difi 6 difi4 difi 1
 dif5 dif4 8 disc3 disc 1 discr1 dis1 8 discr2 dis2 2
 discr3 dis3 8 discr5 dis4 3 distr1 dis5 1 distr2 dis6 5
 distr3 dis7 2 distr4 dis8 1 doenc1 doen 9 doenc3 doe1 2
 doenc4 doe2 1 dor1 dor1 11 dor3 dor1 10 dor4 dor2 2
 dor5 dor3 11 duvi4 duvi 1 edel3 edel 1 emoc1 emoc 2
 emoc2 emol 1 emoc4 emo2 1 escon3 esco 3 escon5 escl 3
 esfor3 esfo 1 esfor4 esf1 1 esfor5 esf2 2 esmdf2 esmd 1
 esper1 espe 1 esper2 esp1 1 esper3 esp2 1 esper4 esp3 1
 etern2 eter 1 fbem2 fbem 3 fbem3 fbel 2 fbem4 fbe2 11
 fbem5 fbe3 4 fbom1 fbom 8 fbom2 fbo1 1 fbom3 fbo2 1
 fbom4 fbo3 2 fbom5 fbo4 4 feli5 feli 1 felic2 fel1 2
 felic3 fel2 4 felic4 fel3 1 felic5 fel4 1 felici4 fel5 1
 ferid1 feri 6 ferid5 fer1 2 fidel2 fide 2 filh2 filh 3
 filh4 fill 1 flib3 flib 1 frust1 frus 2 frust2 fru1 2
 frust3 fru2 2 frust4 fru3 1 futu1 futu 1 futu2 fut1 2
 fzpar4 fzpa 3 fzpar5 fzp1 1 gmdi1 gmdi 1 gspro2 gspr 1
 gspro5 gsp1 1 higi1 higi 4 higi3 hig1 1 horr1 horr 1
 horr3 hor1 3 horr5 hor2 1 hotel4 hote 2 hpmu4 hpmu 1
 htra4 htra 1 inca1 inca 5 inca2 inc1 1 inca3 inc2 1
 inca4 inc3 1 inca5 inc4 3 incapaz3 inc5 1 incapaz5 inc6 1
 inco1 inc7 2 inco3 inc8 2 inco5 inc9 4 inles1 inle 1
 inter5 inte 1 intim2 int1 2 intim4 int2 4 intim5 int3 1
 jov2 jov2 1 lemb1 lemb 2 lemb2 lem1 4 lemb4 lem2 5
 lemb5 lem3 1 liber4 libe 2 mae1 mae1 2 mcase4 mcase 2
 mcont1 mcon 1 mcont3 mco1 5 mdor5 mdor 1 medo1 medo 1
 medo2 med1 1 medo3 med2 6 medo4 med3 1 medo5 med4 7
 ment2 ment 1 mest1 mest 3 mest3 mes1 1 mest5 mes2 1
 mestal mes3 1 mesta5 mes4 1 mico3 mico 1 minal mina 1
 mnnde2 mnnde 1 mparc2 mpar 2 mparc4 mpa1 1 mper1 mper 1
 mreje2 mrej 1 mreje3 mre1 2 mreje5 mre2 1 mulh1 mulh 1
 mulh2 mul1 2 mulh4 mul2 3 mulhp4 mul3 1 mulp2 mul4 1
 nacei1 nace 1 nacei2 nac1 4 nacei3 nac2 3 nacei4 nac3 2
 nacei5 nac4 1 namo2 namo 5 namo3 nam1 1 namo4 nam2 2
 neces4 nece 6 neces5 nec1 1 nema3 nema 1 nerv1 nerv 7
 nerv3 ner1 2 nerv4 ner2 1 netf1 netf 1 nfper2 nfpe 1
 nhomo4 nhom 1 nini3 nini 1 nmen2 nmen 1 nmui2 nmui 4
 nmui4 nmui 1 nmvc4 nmvc 1 norma3 norm 2 norma4 nor1 2
 norma5 nor2 3 npfc4 npfc 1 npode3 npod 4 npode4 npol 2
 npode5 npo2 4 nqcom3 nqco 1 nqres3 nqre 1 ntsor2 ntso 1
 obrig2 obri 1 obrig4 obr1 2 obrig5 obr2 3 ouvib1 ouvi 1

ouvim1 ouv1 1 paci2 paci 1 paci3 pac1 1 pai4 pai4 1
 paix2 pai1 2 paix4 pai2 4 parc1 parc 1 parc2 parl 12
 parc4 par2 8 paz2 paz2 2 paz4 paz1 1 pcfer1 pefe 3
 pcont3 pcon 1 pcont5 pco1 1 pena1 pena 2 pena3 pen1 2
 pes1 pes1 1 piora1 pior 6 piora3 pio1 2 piora5 pio2 4
 popio2 popi 1 popio3 pop1 8 popio5 pop2 11 ppaz1 ppaz 1
 pqfa4 pqfa 1 praz2 praz 3 praz3 pral 2 praz4 pra2 12
 praz5 pra3 3 preoc1 preo 4 preoc2 pre1 1 preoc3 pre2 3
 preoc5 pre3 3 prob1 prob 3 prob3 pro1 2 prob5 pro2 1
 procu2 pro3 2 procu4 pro4 1 procu5 pro5 1 pros2 pro6 1
 pseg2 pseg 1 psico5 psic 1 raiv1 raiv 1 raiv3 rail 1
 raiv5 rai2 1 raro2 raro 1 raro3 rar1 1 raro4 rar2 1
 rejel reje 7 reje2 rej1 5 reje3 rej2 14 reje5 rej3 10
 repo3 repo 1 repo5 rep1 1 resp2 resp 5 resp3 res1 1
 resp4 res2 3 resp5 res3 1 rfreq4 rfre 1 rfreq5 rfr1 1
 ruim1 ruim 1 ruim3 rui1 7 ruim5 rui2 7 saul saul 1
 sau2 sau1 1 sau4 sau2 1 sau5 sau3 1 saud1 sau4 1
 sca2 sca2 1 sconv3 scon 1 sculp4 scul 1 sdese2 sdes 1
 sdese3 sde1 3 sdese4 sde2 3 sdese5 sde3 10 sebo2 sebo 1
 separ2 sepa 1 separ3 sep1 5 sfaz4 sfaz 1 sinc2 sinc 1
 sinf3 sin1 1 sofri1 sofr 5 sofri2 sof1 1 sofri3 sof2 3
 sofri5 sof3 1 sogr1 sogr 1 soli1 soli 2 soli2 sol1 2
 soli4 sol2 1 soli5 sol3 1 sonh4 sonh 1 sort3 sort 1
 spraz2 spra 1 spraz3 spr1 4 spraz5 spr2 5 ssav4 ssav 1
 ssexo1 ssex 1 ssexo2 sse1 1 ssexo3 sse2 3 ssexo4 sse3 4
 ssexo5 sse4 5 supe1 supe 1 tcup2 tcup 1 tcup3 tcu1 1
 tcup4 tcu2 2 tcup5 tcu3 4 tqev3 tqev 1 trans2 tran 4
 trans3 tra1 1 trans4 tra2 5 trans5 tra3 2 trat1 tra4 2
 trata1 tra5 6 trau1 tra6 1 trau3 tra7 2 treme3 trem 3
 treme5 tre1 1 tris1 tris 16 tris2 tri1 1 tris3 tri2 9
 tris4 tri3 1 tris5 tri4 7 tvps4 tvps 1 urui3 urui 1
 vbem1 vbem 2 vbem2 vbe1 4 vbem3 vbe2 1 vbem5 vbe3 1
 vcqf4 vcqf 1 verd2 verd 1 vergo1 ver1 8 vergo2 ver2 5
 vergo3 ver3 11 vergo4 ver4 3 vergo5 ver5 17 vidap1 vida 6
 vidap2 vid1 2 vidap3 vid2 3 visal visa 1 viver5 vive 1
 vjun2 vjun 11 vjun3 vju1 2 vjun4 vju2 4 vjun5 vju3 2
 Nombre de mots entr,s 1072
 Nombre de mots diff,rents 400

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 2

Tot. 1 2

1072 548 524

100 51.1 48.9

Question 016 Position 16 Code-max. 3

Tot. 1 2 3
1072 402 192 478
100 37.5 17.9 44.6

Question 017 Position 17 Code-max. 3

Tot. 1 2 3
1072 145 310 617
100 13.5 28.9 57.6

Question 018 Position 18 Code-max. 2

Tot. 1 2
1072 420 652
100 39.2 60.8

ANEXO E - AFC: Analyse des correspondances

TRI-DEUX Version 2.2

Repr, sentation de plans factoriels - janvier 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme PLANFA

Le nombre total de lignes du tableau est de 48
Le nombre total de colonnes du tableau est de 10
Le nombre de lignes supplémentaires est de 0
Le nombre de colonnes supplémentaires est de 0
Le nombre de lignes actives est de 48
Le nombre de colonnes actives est de 10
Le nombre de facteurs calculés est de 3

Facteur horizontal : 1
Facteur vertical : 2
Représentation des lignes : 3
Représentation des colonnes : 3
Nombre des blocs de définition : 1
Inversion axe horizontal : 0
Inversion axe vertical : 0
Seuil de contribution des lignes : 21
Seuil de contribution des colonnes : 100

```

+-----+-----0162-----+ 1
!           !           ! 2
!           !           nerv1 ! 3
!           !           ! 4
!           !           ! 5
!           reje5       ! 6
!           cuid5      ! 7
!           !           ! 8
!           tris3      ! 9
!           !           ! 10
!           reje1 !   discr3       ! 11
!           !           ! 12
!           0173 !       fbom1       ! 13
!           !           difi 14
!           !           ! 15
!           !           ruim3       ! 16
compr3     beij2     !           0151     ! 17
+-----+-----+ 18
!           !           ! 19

```

```

!           0152      !           ! 20
!           carin4   !           ! 21
!   doenc1           !   dor1  0172      ! 22
!   neces4           !           vergo3      ! 23
!                   !   parc2           ! 24
!                   !   dese4           ! 25
!                   !   popio3          ! 26
!                   !   medo5           ! 27
!                   !                   ! 28
!                   !   popio5          ! 29
!                   !                   ! 30
!                   !                   ! 31
+-----+-----+-----0171----parc4-----+ 32

```

Ligne 14 Point incomplet difi3

Ligne 24 Point double dor5 sous parc2
Ligne 23 Point double acid1 sous neces4
Ligne 20 Point double ferid1 sous 0152
Ligne 17 Point double medo3 sous beij2
Ligne 11 Point double reje3 sous discr3

Fin normale du programme

ANEXO F - AFC: Analyse des correspondances

TRI-DEUX Version 2.2

Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995

Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V

12 rue Cujas - 75005 PARIS

Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 48

Le nombre total de colonnes du tableau est de 10

Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0

Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0

Le nombre de lignes actives est de 48

Le nombre de colonnes actives est de 10

M,moire disponible avant dimensionnement 499398

M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 497474

M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 495554

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.143013

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 3

Facteur 1

Valeur propre = 0.053863

Pourcentage du total = 37.7

Facteur 2

Valeur propre = 0.031695

Pourcentage du total = 22.2

Facteur 3

Valeur propre = 0.021621

Pourcentage du total = 15.1

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)

Lignes du tableau

```

*---*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.   F=1 CPF  F=2 CPF  F=3 CPF
*---*-----*-----*-----*-----*-----*
acid  -582  86  -139  8   12  0 acid1
ale1  -146  5   75  2  -23  0 aleg2
amiz  200  20  -35  1  -130 21 amiz2
amor  -32  1   57  4  -148 39 amor2
amo2  -104 8   -7  0  -50  5 amor4
beij  -294 22  47  1  325 67 beij2
bom1   94  3   14  0  168 21 bom4
cari  -95  3  -178 18  -280 66 carin2
car2  -269 27  -72  3  -118 13 carin4
com4  -750 142  51  1   75  3 compr3
cuid  -75  1  -198 17  278 49 cuid1
cui4  -119 4  356 54  225 32 cuid5
des8  114  5  -200 26  -74  5 dese4
dif2  583  86  147  9  -237 35 difi3
dif4   59  1  -148 13  -162 22 difi5
dis1  -241 20  -2  0  107 10 discr1
dis3  117  5  218 27  102  9 discr3
doen  -595 134  -121 9  -251 59 doenc1
dor1  151 20  -117 21   1  0 dor1
dor3   12  0  -183 26  132 20 dor5
fbe2  -12  0  101  8   24  1 fbem4
fbom  302  31  181 19  264 59 fbom1
feri  -415 44  -56  1  342 74 ferid1
med2  -318 26   58  1   50  2 medo3
med4  193  11  -253 32  -329 79 medo5
nece  -582  86  -139  8   12  0 neces4
nerv  255  19  485 118  35  1 nerv1
par1   66  2  -159 22  -12  0 parc2
par2  251  21  -413 97  308 79 parc4
pior  236  14  -210 19   60  2 piora1
pop1  108  4  -223 28  235 46 popio3
pop2  102  5  -315 78  141 23 popio5
pra2   72  3   51  2   13  0 praz4
reje  -122  4  231 27   72  4 reje1
rej2  148  13  220 48   59  5 reje3
rej3  -59  1  373 99   7  0 reje5
rui1  389  45   70  2  104  8 ruim3
rui2  -243 17  150 11  -142 15 ruim5
sde3  145  9   60  3   -0  0 sdese5
tra5   47  1  -95  4   66  3 trata1

```

