



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasil

de Santana Carvalho, Evanilda Souza; Santos Paiva, Mirian; Casado Aparício, Elena  
Corpos estranhos, mas não esquecidos: representações de mulheres e homens sobre seus corpos  
feridos

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 66, núm. 1, enero-febrero, 2013, pp. 90-96

Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028450014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Corpos estranhos, mas não esquecidos: representações de mulheres e homens sobre seus corpos feridos

*Awkward bodies, but not forgotten: representations of women and men about their wounded bodies*  
*Cuerpos extraños, pero no olvidados: representaciones de mujeres y hombres sobre sus cuerpos heridos*

**Evanilda Souza de Santana Carvalho<sup>I</sup>, Mirian Santos Paiva<sup>II</sup>, Elena Casado Aparício<sup>III</sup>**

<sup>I</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem.  
Feira de Santana-BA, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Salvador-BA, Brasil.

<sup>III</sup> Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Sociología IV. Madrid-Espanha.

**Submissão:** 20-04-2011    **Aprovação:** 22-02-2013

### RESUMO

Estudo qualitativo, cujo objetivo foi apreender e analisar as representações sobre o corpo ferido, e em que foram colhidos, através da entrevista em profundidade, depoimentos de dezoito adultos, feridos crônicos, usuários de ambulatório de cuidado a pessoas com feridas de um hospital público na cidade de Salvador-BA. A partir da Análise de Conteúdo Temática, emergiram as seguintes categorias relativas ao corpo ferido: é um estranho que promove sofrimento; é constantemente vigiado; é rejeitado; é prisioneiro; está vulnerável à violência; exige cuidado especial e, é um corpo em luto. Essas representações firmam-se em imagens negativas e de sofrimento, e evidenciam que o corpo ferido, muito diferente do corpo idealizado, promove sentimentos contraditórios e autodepreciativos. Os resultados revelaram que as pessoas com feridas crônicas estranham seus próprios corpos, experimentam sentimentos negativos acerca de sua imagem, e mobilizam alternativas de autocuidado e de apresentação pessoal, distintas das acionadas antes da cronificação.

**Descritores:** Doença Crônica; Corpo Humano; Imagem Corporal; Enfermagem Holística.

### ABSTRACT

In this qualitative study, which aimed to capture and analyze the representations of the body injured, it were collected, through in-depth interviews, the discourses of eighteen adults, with chronic wounds, users of an outpatient service of a public hospital in the city of Salvador-BA, that cares of wounded individuals. From the analysis of the statements, through Thematic Content Analysis, emerged the following categories, related to the wounded body: It is a strange that promotes suffering; It is constantly watched; It is rejected; It is a prisoner; It is vulnerable to violence; It requires special care, and It is a body in grief. Such representations are anchored in negative images and suffering, and reveal that, very different from the idealized body, the wounded body promotes mixed feelings and self-deprecating. The results showed that people with chronic wounds consider their own bodies as awkward; they experience negative feelings about their image, and mobilize alternatives for self-care and personal presentation, distinct from those activated before chronic state.

**Key words:** Chronic Disease; Human Body; Body Image; Holistic Nursing.

### RESUMEN

Estudio cualitativo, con el objetivo de aprehender y analizar las representaciones sobre el cuerpo herido, en que fueran recolectados testimonios, por medio de entrevistas en profundidad, de dieciocho adultos con heridas crónicas usuarios de un ambulatorio de cuidado a las personas heridas en hospital público de Salvador. Tras el Análisis de Contenido Temática, emergieron las siguientes categorías sobre el cuerpo herido: el cuerpo es un extraño, que produce sufrimiento; es constantemente vigilado; es rechazado; es prisionero; es vulnerable a la violencia; exige cuidado especial y, es un cuerpo en duelo. Estas representaciones si han inscrito en las imágenes negativas y del sufrimiento, y evidencian que el cuerpo herido muy diferente del cuerpo idealizado promueve sentimientos contradictorios y de auto desprecio.

**Palabras clave:** Enfermedad Crónica; Cuerpo Humano; Imagen Corporal; Enfermería Holística.

*Extraído da Tese de Doutorado "Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens", apresentada, em 2010, à Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil.*

**AUTOR CORRESPONDENTE**

**Evanilda Souza de Santana Carvalho**

E-mail: evasscarvalho@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

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 <sup>(1)</sup>, 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 cronicamente feridas buscam eliminar suas lesões enquanto marcas negativas do corpo, sinais de classificação inferiorizadora de si.

A perspectiva de uma vida nova é apreendida nas narrativas das pessoas feridas, que almejam 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, ou modificado pela enfermidade.

Na dinâmica das relações sociais o corpo enfermo mostra-se hierarquicamente inferiorizado, o que o coloca em termos de menor capital simbólico, desqualificado para as trocas entre grupos que não seja de seus iguais. O corpo ferido é então levado a transitar em espaços pré-destinados, comportar-se com discrição, esconder-se, guardar-se da vida pública sob o risco de ser rechaçado <sup>(2)</sup>.

Perder a integridade da pele implica em ingressar numa experiência cujos aspectos culturais, sociais, históricos e afetivos envolvem a construção de novas imagens sobre o corpo e sobre si mesmo que divergem daquelas anteriores ao surgimento da ferida.

Viver implica em relacionar-se com seu corpo e colocá-lo em interação continua com outros corpos, nesse sentido a pessoa ferida experimenta mudanças não somente físicas, mas também psicológicas, com repercussões importantes no âmbito das relações interpessoais, sociais e afetivas <sup>(2)</sup>. Tais mudanças estimulam a elaboração de novas representações do corpo ferido e, a partir de sua experiência social, seja entre as outras pessoas enfermas com as quais partilhará histórias nas salas de espera para tratamento, com os profissionais do cuidado, seja com seus parceiros, amigos e familiares, a pessoa ferida constrói um conjunto de idéias sobre seu corpo que fundamenta o modo como se comportará frente a si mesmo e aos demais.

Face ao padecimento, as pessoas constroem uma rede de significados, um saber, um conjunto de práticas constituído 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 <sup>(3)</sup>.

A ferida é uma marca de identificação com um grupo, mas, ao contrario da tatuagem, da escarificação voluntária ou do piercing, consiste numa marca identificatória não reivindicada, a qual se pretende esconder, eliminar, e esquecer <sup>(4)</sup>. O corpo ferido crônico faz com que seu dono perca o controle

sobre si mesmo, 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 <sup>(2)</sup>.

A ferida, como outras enfermidades, ocorre no corpo das pessoas, mas não se encerra em fatos biológicos; envolve aspectos históricos, culturais e psicossociais e afetivos. Sendo assim, as representações do corpo ferido são construídas com base na experiência social.

Estudos sobre representações possibilitam conhecer os estereótipos, opiniões, crenças, valores e normas que costumam orientar positiva ou negativamente as atitudes das pessoas face aos outros e a si mesmas, nesse sentido este estudo objetivou apreender e analisar as representações sobre o corpo ferido, elaboradas por pessoas que vivem com ferida crônica.

## METODOLOGIA

O presente estudo é parte de uma investigação voltada para exploração de aspectos sobre o corpo e sexualidade de mulheres e homens que vivem com feridas, que teve como eixo central a discussão sobre a experiência da sexualidade após o surgimento da ferida. As representações sobre o corpo ferido, foco deste estudo, é um recorte dessa investigação, no qual se valoriza as narrativas dos participantes.

Desenvolveu-se um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Os participantes foram eleitos a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser adulto entre dezoito e cinquenta e nove anos de idade, apresentar ferida crônica em membros inferiores (úlceras de perna de origem venosa, arterial, mista, traumática ou de origem desconhecida) por um período superior a trinta dias, pertencer às camadas populares, usuáries(os) do Sistema Único de Saúde (SUS), frequentar o ambulatório, estar em condições de responder às questões da entrevista e concordar em participar do estudo.

Os dados foram obtidos de entrevistas em profundidade, durante as quais os participantes foram estimulados a responder a seguinte questão: "Fale sobre seu corpo e sua vida ao conviver com essa ferida". Em seguida os depoimentos foram gravados e transcritos integralmente entre outubro de 2008 a agosto de 2009 e, posteriormente, tratados a partir da análise de conteúdo temática e de enunciação <sup>(5-6)</sup>.

Respeitando os princípios éticos, o projeto no qual se insere este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o Protocolo CEPEE.EUFBA N°45/2008, em 29 de outubro de 2008. Os participantes, ao serem convidados, foram esclarecidos quanto aos objetivos e riscos, tendo seus depoimentos colhidos mediante aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram dezoito adultos feridos crônicos em tratamento de úlceras vasculares matriculados no serviço ambulatorial especializado de um grande hospital público de Salvador-Bahia, e para preservação do anonimato suas falas foram codificadas no texto por uma numeração (ex. E1).

Pretende-se com este estudo apresentar subsídios para futuras abordagens com as pessoas feridas crônicas, a partir da rede de significados que os mesmos atribuem ao próprio corpo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise permitiu apreender como as pessoas que vivem com úlceras crônicas em membros inferiores representam seus corpos feridos bem como evidenciar as alterações na apresentação desse corpo nas relações sociais. 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 a práticas de recuperação de um corpo desejável e legítimo. Tais aspectos emergiram dos depoimentos através das categorias discutidas a seguir.

### A. Corpo estranho, que promove sofrimento

Viver com um corpo ferido provoca sentimentos de medo, tristeza e desânimo, além de emoções ainda mais complexas como angústia, depressão e a vontade de morrer. Em condições extremas 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 provocavam.

*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 vegetal! (E9, mulher)*

A experiência da dor física obriga a pessoa a concentrar todas as suas atenções ao corpo e a identificar-se com ele, ainda que a reação mais imediata seja a de abandonar o corpo para não mais sofrer<sup>(7)</sup>.

*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... Pensava em sair subir numa passarela daquela e me jogar embaixo é horrível! (E7, homem)*

Nessas pessoas o sofrimento parece ser intensificado pela solidão, alteração da auto-imagem e, sobretudo pelas rupturas das 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, perda da esperança. As alterações do corpo ferido como ardência, secreção, câimbra e dor constante conduzem a limitações de mobilidade implicando em anulação de atividades de lazer e sociabilidade, perda de emprego, diminuição ou impedimento para realizar tarefas domésticas ou cuidar dos próprios filhos, o que os fazem perceberem-se como inválidos e discriminados.

A experiência prática do corpo se dá ao aplicar ao próprio corpo os esquemas derivados da assimilação das estruturas sociais e 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<sup>(8)</sup>. Essa forma de manter o corpo, de apresentá-lo aos demais explica que há uma distancia entre o corpo real e o corpo legítimo. 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 distancia entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o corpo que impõe o olhar e as reações dos demais<sup>(8)</sup>.

### B. O corpo constantemente vigiado

Os participantes deste estudo acreditam que seu corpo está constantemente vigiado levando-os a estado de alerta, e sentimentos de inadequação. A pessoa ferida acredita que todos olham para ela, que a avaliam, a mensura, que os demais conhecem o seu segredo, e que pode lhe colocar em risco revelando-o ao público. As supostas impressões são sempre de caráter negativo. Alimentam a idéia de que as pessoas que lhe olham, o avaliam como sujos, que seus odores são perceptíveis, que são negligentes consigo mesmos por isso estão doentes, que sua enfermidade é contagiosa, sendo a pessoa um portador de risco a ser evitado.

*Assim... Olham... 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 ver 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. (E7, mulher)*

A vergonha sentida pelo ato de expor a ferida seja durante os curativos ou acidentalmente ingressa no mesmo sistema de controle a que estão sujeitas as práticas corporais consideradas privativas e impróprias durante o convívio social como defecar, urinar, desnudar-se<sup>(9)</sup>. Tal controle é assimilado num sistema de vigília permanente, e aquilo que é prescrito do exterior através de olhares de desaprovação ou repulsa se incorpora através da linguagem e passa a ser adotado pela pessoa provocando sentimentos negativos como a auto-desprezo e vergonha, o primeiro implica na desvalorização e a segunda pressupõe um controle interno, no qual a pessoas julgam a si próprio<sup>(10)</sup>.

A enfermidade provoca uma tomada de consciência sobre a existência de um corpo, que enquanto se está saudável mostra-se como 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 a experiência encarnada do corpo ferido passa a ser a de um corpo hiper vigiado e estigmatizado<sup>(2)</sup>.

### C. O corpo rejeitado

A rejeição está ancorada em reações de repulsa, nojo e afastamento expressados por pessoas com as quais tiveram contato, o que motiva recusa aos novos relacionamentos para evitar a repetição de ações discriminatórias causadoras de

constrangimento. As atitudes de repulsa criam expectativas negativas sobre os encontros, nesse sentido outros tipos de interesses passam despercebidos já que a representação da repulsa justifica e dá um sentido para a pessoa ferida.

*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). (E2, mulher)*

A presença da ferida também foi representada como disparador de conflitos e separação entre os casais, mesmo que esta decorra de problemas pré-existentes e alheios à ferida os depoentes tendem a acreditar que esta é a motivação maior para a ruptura da relação.

*Eu me achava não normal como tantas outras garotas de minha idade, eu sou nova, né? Ai eu acho assim... Se ele descobrir que eu tenho esse ferimento ele vai me largar, não vai querer ficar comigo... (E7, mulher)*

*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. Até a família mesmo da gente negocio de irmão e irmã fica diferente com a gente. (E3, homem)*

As mulheres alegam perda ou fragilidade dos vínculos com seus parceiros, e redução nas atividades da vida social. Contudo, as mulheres investem no fortalecimento dos vínculos com os filhos e outros familiares, enquanto os homens destacam as limitações sobre sua mobilidade nos espaços públicos donde era possível construir parcerias tanto de camaradagem com outros homens como múltiplas parcerias sexuais com as mulheres. Sendo a esfera pública central na construção das relações entre os homens seu isolamento é 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 aí a pessoa chega em sua casa vê que você tem esse problema (a ferida) fica lhe olhando de cima à baixo aí a pessoa fica meia constrangida aí eu evito tá de conversa lá, entendeu? Como eu tenho meu problema eu fico mais em casa... (E7, homem)*

*A minha vida é assim em casa eu não saio pra lugar nenhum (E8, homem)*

#### D. O corpo prisioneiro

O afastamento das atividades laborais ou recreativas se torna cada vez mais intenso, a natureza repulsiva da ferida, suas secreções, odores e a dor que advém da mobilização, as recomendações de repouso tornam-se impeditivos para uma vida

social fora de casa, conduzindo-os a maior permanência dentro do espaço doméstico, além do medo da exposição ao julgamento alheio, e a rejeição do público. Os participantes, em especial os homens, antes habituados a um constante trânsito em espaços públicos, e um menor interesse no espaço privado de suas vidas experimentam sentimentos de frustração ao se verem com frequência em suas casas, espaço entendido como exclusivo das mulheres<sup>(11)</sup>.

*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, sem poder sair pra lugar nenhum [...] (E8, homem).*

*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 [...] eu sou uma pessoa que tem esse problema, que tem que ficar confinado em casa... (E7, homem).*

O homem desde a infância foi 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 existem somente as crianças e mulheres personagens com os quais não está acostumado a dialogar, nesse sentido mesmo cercado de sua família se sente solitário e preso. Ao serem remetidos ao espaço privado, o do feminino, experimentam sentimentos de perda, vergonha e culpa<sup>(11)</sup>.

#### E. Corpo vulnerável à violência

A ferida provoca alterações sobre a dinâmica familiar requerendo uma reorganização de papéis uma vez que a demandará a incorporação de uma rotina em torno do cuidado dispensado à essa pessoa. Nesse sentido 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.

Essa adaptação pode ser estressante e 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 que assumir papel de seu cuidador, essas situações pode suscitar frustrações, manifestações de ira e violência e complicar relações que antes já não eram boas. E a ferida pode ser utilizada como instrumento de agressão psicológica do enfermo, os participantes ilustram:

*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). (E7, mulher)*

*Eu fico muito em casa e minha mãe se aborrece comigo. 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! (E7, homem)*

As pessoas com as quais nos relacionamos emite juízos de valor a cerca do que somos, como nos comportamos e sobre nossa aparência física, influenciando o modo como nos comportamos. O impacto do julgamento que os outros fazem sobre nós, as imagens positivas ou negativas que estes compartilham conosco são tão impactantes quanto maior o vínculo afetivo pré-estabelecido com estas pessoas. Satisfazer as necessidades afetivas, oferecer apoio psicológico, compreensão e segurança figuram como funções da família que, supostamente, aceita a pessoa em sua integridade, 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 que mais gostamos deveriam anular ou desconsiderar.

#### F. Corpo que exige cuidado especial

Novas práticas de cuidado são incorporadas ao cotidiano da pessoa ferida. Para higienizar-se, vestir-se, olhar-se no espelho requer uma íntima relação com seu próprio corpo, um momento de conciliação ou estranhamento. Limitações são percebidas no momento do banho, momento em que adaptações ao espaço físico, a acomodação do corpo e a auto-prestação de cuidados se tornam freqüentes acompanhado de aprendizado sobre o corpo. Os participantes relatam que enfrentam dificuldade para cuidar-se e novas medidas são aprendidas com outros usuários dos ambulatórios ou com as enfermeiras.

*Eu tenho realmente que 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, aí todo água que escorrer fica na camisa não deixa molhar a bota pra não dar odor, porque quando molha dá odor, e é nessa hora que eu mais sinto que eu estou com um problema. (E7, homem)*

Durante o banho há preocupação em prevenir a umidade do 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 banham-se momentos antes dos encontros, sendo comum a troca de curativos antes do recomendado ao perceberem exalar odores. Alguns fazem, eles mesmos, as trocas em suas casas, já que o serviço adota a prática de trocar a terapia compressiva apenas uma vez por semana, motivando insatisfação nos usuários.

Atender as demandas sociais do corpo exige das pessoas feridas a adoção de uma nova apresentação de si, ingressando em todo um ritual de cuidados para tornar seus corpos “aceitáveis”, para tanto utilizam do artifício da roupa longa e escura para esconder a ferida; elaboram histórias contam 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<sup>(12)</sup>.

#### G. O corpo em luto

Com base nas vivências 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 uma identidade na medida em que são convocadas a assumir uma “identidade deteriorada”<sup>(13)</sup> e são convocadas a aprender a conviver com um novo corpo, um corpo rejeitado publicamente, e também auto rejeitado.

Aspectos encontrados nas narrativas e comportamentos das pessoas feridas crônicas, como a negação, ira, barganha, desesperança/depressão e aceitação apresenta similaridade com as etapas de luto de pessoas em processos de finitude<sup>(14-15)</sup>. O comportamento de **negação** experimentado, principalmente no momento em que são admitidos no serviço especializado, se manifesta em consequência ao forte impacto que as pessoas sofrem ao conhecer o ambulatório e se deparar com inúmeras pessoas em sofrimento que convivem com as feridas há muitos anos. Nesse momento, a pessoa tem oportunidade de conhecer outros homens e mulheres de várias idades, muitas delas com lesões que iniciaram na juventude, com causas semelhantes à sua.

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; mais que isso, dentro da sala de cuidados presenciam a troca de curativos de outras pessoas; visualizam suas feridas, cada uma de aspecto distinto da outra; veem feridas que são maiores e mais velhas que a sua; olham as pessoas e as imaginam 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.

A negação “pode ser uma defesa temporária ou, em alguns, casos pode sustentar-se até o fim”<sup>(16)</sup>, ou seja, a pessoa ferida por exemplo, pode experimentar o sentimento de negação por todo o tempo que permanecer ferida. 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’”.

Há 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-se verbalmente sobre 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).*

A raiva se manifesta com o surgimento de “sentimentos de ira, revolta, e ressentimento”<sup>(16)</sup> nesta fase as pessoas costumam se questionar: “porquê eu?”, e a equipe de Enfermagem pode perceber maior dificuldade em lidar com as pessoas que atravessam essa fase<sup>(16)</sup>.

Ao perceber que sua ferida não cicatriza, que a cura custa a acontecer, que sua situação se mantém inalterada, a pessoa ingressa em comportamentos de barganha, busca outros serviços e profissionais, gasta suas economias em atendimentos em serviços privados acreditando que podem acessar melhores serviços, realizam promessas, fazem pactos com entidades divinas<sup>(14-16)</sup>, Deus, os Orixás, São Lázaro, e outros, realizam orações, muitos se convertem a religiões que antes não professavam.

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, oferecendo presentes, pedem para serem internados, acreditando que a hospitalização poderá melhorar sua situação mediante o uso de medidas agressivas como cirurgias, desbridamentos e amputações.

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).*

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 esta marcada por uma acentuada perda da esperança, semelhante à fase de depressão<sup>(12,14)</sup>.

A pessoa pode identificar toda a sua trajetória dentro do serviço como algo sem sentido já que não consegue obter a cura. Uma das depoentes afirma: “ao ver o resultado os médicos me dizem 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”. Não faz sentido para ela frequentar 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-la a encontrar novas formas de cuidado e assimilar um novo estilo de vida e superar 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 ajudem a construir novas relações, trocar experiências que o ajudarão a entrar em equilíbrio com sua situação de enfermidade crônica.

*Agora não, tempo passado, depois que eu vim fazer os tratamentos aqui que eu estou aprendendo 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 acordo 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 estou 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.

Destacamos que as fases apresentadas não são estanques, podendo haver observação de comportamentos vinculados a mais de uma delas, ou ainda a pessoa pode manter comportamentos característicos de apenas uma das fases descritas por todo o período que perdurar a ferida, revelando que, para os participantes deste estudo o corpo torna-se então sede de emoções negativas similares ao de pessoas que experimentam processos de enfermidade que conduzem ao fim da vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O espaço público do cuidado tem se firmado como um *lôcus* de anulação do corpo, no qual a sua fragmentação se torna útil para invisibilizá-lo enquanto totalidade, assim torna-se importante os estudos sobre o corpo nos contextos de cuidado elucidando aspectos omitidos nas interações entre seres cuidados e cuidadores por se encontrarem mediadas por dispositivos de controle expressados em forma de tabus. A Enfermagem já possui vasto conhecimento anatômico e fisiopatológico sobre o corpo ferido. Este estudo, no entanto, acrescenta informações sobre o status relacional desse corpo enquanto sede de subjetividades e, neste sentido, ao apreender os discursos explorados identifica que o corpo da pessoa enferma é vivido com base numa trama de significados representativos para ela.

As representações sobre o corpo ferido dos participantes

deste estudo estão ancoradas em imagens negativas e de sofrimento, revelando que o corpo ferido mostra-se presente em seus desconfortos e sua condição crônica distancia cada vez mais o corpo que se tem do corpo idealizado provocando sentimentos contraditórios e autodepreciativos.

O corpo ferido crônico produz uma sensação de perda de controle sobre si mesmo, torna-se o corpo algo que não se pode manipular conforme sua vontade, mostrando-se então insuficiente para representar a sua identidade pessoal. Evitando que sua imagem seja associada à imagem do grupo a pessoa 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.

## REFERÊNCIAS

1. Le Breton D. Adeus ao corpo: antropologia e sociedade. Campinas: Papirus; 2003.
2. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício EC. Cuerpos heridos, vida alterada: representaciones sociales de mujeres y hombres. Index Enferm [periódico na internet] 2011[acesso 14 fev 2013];20(1-2): 31-35. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100007&lng=es)>.
3. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S. Psicología Social II: Pensamiento e vida social. España: Paidós; 1988.
4. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício EC. Representações da ferida: entre a dor, o sofrimento, o heroísmo e o prazer. Salvador: Atualiza Editora; 2012.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec Abrasco; 2006.
7. Marzano-Parizoli MM. Pensar o corpo. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Bourdieu P. La dominación masculina. 4. ed. Barcelona: Editora Anagrama; 2005.
9. Goffman E. Behavior in public places: notes on the social organization of gatherings. Nova York: The Free Press/ Collier-Macmillan Limited; 1963.
10. La Taille Y. O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade. Psicol Reflex Crít 2002;15(1):13-25.
11. Nardi HC. O Ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte LFD, Leal OF, organizador. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.95-104.
12. Carvalho ESS. Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens. Salvador. Tese [Doutorado em Enfermagem] -Universidade Federal da Bahia; 2010.
13. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
14. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
15. Kubler-Ross E. A Morte-um amanhecer. São Paulo: Pensamento; 1997.
16. Susaki TT, Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. Acta Paul Enferm 2006;19(2):144-149.