

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA –ESEF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

CORPOS AMPUTADOS E SUAS PRÓTESES:
A INTERVENÇÃO TÉCNICA (RE)INVENTANDO FORMAS DE SER E DE HABITAR O
CORPO NA CONTEMPORANEIDADE

**Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre
em Ciências do Movimento Humano**

Aluna: Luciana Laureano Paiva
Orientadora: Profa. Dra. Silvana Vilodre Goellner

Porto Alegre, maio de 2004.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus por ter me dado forças suficientes e perseverança para
superar este desafio.*

*Aos meus pais pelo amor incondicional a mim dedicado, que souberam respeitar os momentos
mais difíceis dessa caminhada, compartilhando cada etapa do processo, e incentivando-me a
concretizar este projeto tão almejado por mim.*

Ao meu irmão, um grande amigo e profissional, um exemplo a ser seguido.

*À minha cunhada que me deu duas lindas sobrinhas, que encheram as horas mais difíceis dessa
caminhada, de alegria e luz.*

*Aos meus familiares, os mais próximos e os mais distantes, que compreenderam a minha
ausência em alguns momentos, sabendo que era por uma causa especial.*

*À minha orientadora que me possibilitou realizar a concretização de um projeto particular, a
minha dissertação, orientando-me, acalmando-me nos momentos de incerteza e incentivando-me
incansavelmente nesta trajetória pelos labirintos do corpo.*

*Ao meu colega de mestrado e amigo Cláudio, com quem dividi nesse longo percurso, muitas
idéias, bons momentos, dúvidas, anseios e, acima de tudo, a certeza de que conseguiríamos ter
êxito em nossa caminhada.*

*A todos os meus amigos que me acompanharam nos mais variados momentos dessa dissertação,
e em especial à Adriana e Luis Fernando, com quem compartilhei a etapa final e, por isto, a fase
mais desafiadora dessa trajetória,*

*Aos profissionais e pacientes da Ortopédica Catarinense que viabilizaram a realização deste
estudo, dando vida e um pouco de suas vidas para esta dissertação.*

*Por fim, a todos aqueles que, de alguma forma, imprimiram suas marcas e deixaram seus rastros
nessa dissertação.*

RESUMO

Baseada na perspectiva teórica do campo dos *Estudos Culturais* e *sócio-históricos* sobre o corpo, esta dissertação analisou os *significados culturais que os indivíduos atribuíam aos seus corpos e suas vidas cotidianas após terem sido submetidos a amputação e se tornarem usuários de prótese*. O material empírico foi coletado através da observação participante, do diário de campo e da entrevista semi-estruturada, realizada numa clínica ortopédica privada, situada em Porto Alegre, especializada na reabilitação e protetização de indivíduos que foram submetidos a amputação. O grupo participante do estudo foi: o fisioterapeuta e o protesista, e por nove pacientes da clínica, homens e mulheres, todos amputados de um membro inferior, com idades variando entre 18 e 82 anos, sendo que apresentavam em comum o fato de terem *se tornado* amputados após um acidente ou em decorrência da diabetes. A pesquisa de campo foi desenvolvida no período de Fevereiro de 2003 a Setembro de 2003, através da participação de sessões de fisioterapia, das reuniões mensais dos grupos de apoio aos amputados, onde foi acompanhado o processo de adaptação à prótese. O estudo consistiu em problematizar os efeitos provocados na vida cotidiana destes indivíduos pelas transformações ocorridas em seus corpos secundários à amputação, bem como aqueles produzidos pelo "acoplamento" com a prótese, buscando tornar visível o processo vivenciado por eles, ou seja, o estranhamento e a naturalização do seu "novo" corpo fabricado pelas tecnologias. A dissertação representa, portanto, as reflexões construídas a partir da investigação desenvolvida especificamente neste grupo, onde o corpo amputado e protetizado foi vislumbrado como algo produzido e ressignificado na cultura, sendo assim moldável, provisório e reinventado continuamente.

ABSTRACT

This dissertation analyzed the cultural significance for amputated patients of their bodies and daily lives after the prosthesis use. We follow two theoretical approaches: Cultural Studies and Social-History, both related to the human body. The empirical analysis was based on participant observation through semi-structured interviews. We develop the field research at a rehabilitation medical center located in Porto Alegre, Brazil, specialized in amputated patients. The people interviewed were: one physiotherapist, one prosthetic professional, and nine patients with lower limb amputation. Patient's age range from 18 to 82, and their amputation causes were accident and diabetes. The field research occurred from February 2003 to September 2003. During this period of time, we attended physiotherapy sessions and periodical meetings, analyzing the prosthesis adaptation process. The study sought to identify the effects of the amputation and prosthesis use on the patients, especially on their bodies and perceptions. The whole process experienced by the patients and the influence of the technology are also described in the study. The conclusions are that the patient's bodies, including the prosthesis, have cultural influences, being continuously shaped, recreated and, consequently, related to a transitory perception.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1 LABIRINTOS DO CORPO	19
1.1 O corpo : um híbrido entre natureza e cultura.....	19
1.2 A produção do corpo pelos domínios do saber: fragmentos de sua história.....	25
1.3 Corpos (im)perfeitos: as marcas da alteridade	34
1.4 O homem inventou a técnica e por ela foi (re)inventado.....	46
2 CAMINHOS INVESTIGATIVOS	59
2.1 Escolhas Metodológicas	59
2.2 Pesquisa de Campo	64
2.3 Composição das Informações.....	85
3 AS VOZES DOS PARTICIPANTES: HISTÓRIAS COMPARTILHADAS	91
3.1 Corpos que habitamos: os cuidados de si	91
3.3 Corpos amputados: um processo subjetivo de estranhamento e familiarização.....	111
3.4 Corpos (im)perfeitos sob o olhar do Outro	135
3.5 O corpo e suas próteses: produzindo novas formas de ser	153
REFLEXÕES FINAIS	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
ANEXOS	190
Anexo A - Termo de Consentimento Informado.....	191
Anexo B - Termo de Consentimento Institucional.....	192
Anexo C - Roteiro da Entrevista	193
Anexo D - Entrevista.....	194

APRESENTAÇÃO

Escrever uma dissertação é posicionar-me diante do Outro, do leitor, explicitando o lugar de onde falo, a partir de onde construo minha "verdade". Considero relevante relatar nesse momento, que o desejo de pesquisar nasceu de minha *práxis* profissional como fisioterapeuta e de minhas vivências e experiências pessoais, nas quais estive implicada tanto em transformar o Outro, como por ele ser transformada. O conhecimento produzido no decorrer da escrita da dissertação é um produto dessa caminhada, povoada de corpos, de vozes, de teorias, de imagens, de textos e de muitas indagações.

Lidar com o corpo do Outro, (re)abilitando suas funções, minimizando seus desconfortos e sofrimentos, ampliando seu dinamismo e sua autonomia faz parte do cotidiano da vida de um fisioterapeuta. Potencializar sua funcionalidade por meio de técnicas de intervenção que podem ser manuais ou por meio de instrumentos fisioterapêuticos, traduz-se em uma prática guiada por saberes que descrevem detalhadamente o corpo humano, em sua materialidade biológica, suas patologias e seus sintomas. Sob essa perspectiva, o corpo "doente" é aquele que "fala", que chama atenção por meio dos seus sintomas, da mesma maneira que, inversamente o corpo "saudável" é aquele que se mantém silencioso.

Sendo simultaneamente produzida por esses saberes e (re)produzindo-os em minha prática profissional, percebi que o ser humano com o qual eu interagia mostrava-se muito mais

complexo, singular e diferente do que aqueles descritos nos compêndios fisioterapêuticos, onde apareciam noções de anatomia, fisiologia, patologias e as técnicas a serem empregadas. Percebi que corpos acometidos pela mesma patologia apresentavam quadros sintomáticos diferenciados e que, mesmo empregando as mesmas técnicas, os sujeitos respondiam ao tratamento de diferentes formas. Não havia uma constância, uma repetição ou uma previsibilidade, mas um tempo singular para cada um.

Algo mais me instigava a buscar na pesquisa as respostas que eu até então só poderia supor, mas que somente quem vivenciou poderia me responder. Sabemos que o corpo humano sofre inúmeras transformações no decorrer da sua existência. Nascemos de um jeito e morremos de outro, com um corpo que carrega consigo as marcas do tempo. Nascemos e morremos de forma muito singular. Nascemos e nos tornamos alguém, um sujeito, a partir das relações que estabelecemos em sociedade. Porém, existem sujeitos que nascem uma vez e (re)nascem com corpos diferentes. O mesmo nome, a mesma família, carregando um outro corpo e uma outra história.

Falo nesse sentido de um acontecimento¹, de uma fatalidade que transforma a materialidade corporal, tornando-a estranha abruptamente. Falo de transformações não previstas pelo desenrolar da vida, justamente aquilo que escapa de todo e qualquer controle. Marcas que não se limitam somente à materialidade biológica, mas que produzem efeitos nas vidas desses sujeitos, tanto nos aspectos sociais quanto subjetivos.

¹ Acontecimento na perspectiva foucaultiana, vem a ser aquilo que inverte as posições, é da ordem do inesperado, do imprevisto (Microfísica do Poder. RJ: Graal, 1998).

Como, então, a partir do meu lugar de fisioterapeuta, compreendo os sinais enviados por esses corpos? Quais significados eles me instigam a produzir? O que o meu olhar produz neles? Como sou capturada por seus corpos que estampam suas diferenças? Descobri, a partir dessas indagações, que necessitava transitar por outros campos de saber, que me possibilitassem olhar para esses corpos e tentar decifrá-los contemplando outros olhares que não apenas o das ciências biomédicas.

Para tanto, busquei referenciais teóricos que me permitissem compreender os corpos humanos, seus sintomas, suas marcas e seus simbolismos, sem excluir suas características biológicas, mas englobando-as como um fator relevante na constituição do sujeito. Entendendo a construção do conhecimento como uma processualidade, um por-vir, procurei nessa nova caminhada, novas formas de vislumbrar os corpos humanos. Os Estudos Culturais² e sócio-históricos do corpo constituíram-se, assim, como o eixo norteador do meu saber sobre os corpos humanos, os quais concebem a cultura como um lugar de produção de significados sociais, onde diferentes grupos, situados em posições diferentes de poder, disputam a imposição de seus significados à sociedade de um modo geral. O corpo, nesse prisma, é tomado como interlocutor da sua própria história, sendo estudado por meio de seus rituais, comportamentos, vestimentas, entre outros hábitos adquiridos e vivenciados no decorrer dos tempos (SANT'ANNA, 1993; DEL PRIORI, 1994; SILVA, 1999).

² Os *Estudos Culturais* são um campo de estudo teórico e político, que diz respeito às formas históricas da consciência ou da subjetividade, ou seja, eles examinam os processos sociais com o propósito de abstrair, descrever e reconstituir, a partir de estudos concretos, as formas pelas quais os seres humanos vivem, tornam-se conscientes e se sustentam subjetivamente. Portanto, todas as práticas sociais podem ser analisadas de um ponto de vista cultural, pelo trabalho que elas fazem, subjetivamente (JOHNSON, 1999).

De certa forma, é possível referenciar que adotar essa perspectiva teórica significa compreender, também, como os sujeitos vivem, tornam-se conscientes e se sustentam subjetivamente, conectando à cultura, formas de significação, de identidade e poder, ou seja, entender que a vida do ser humano é um processo ao mesmo tempo cultural e político, produtor de subjetividades e de modos de ser e agir

Foi no percorrer dessa trajetória que o desejo de pesquisar começou a nascer. Como nos fala Silvana Goellner (1999), torna-se necessário desconfiar dos conhecimentos adquiridos, levantar novas possibilidades de respostas, outros caminhos para se chegar a uma ou a multiplicidade de respostas. Implica, também, apurar o olhar para uma leitura mais atenta, aguçar a sensibilidade para que possamos ir além da aparência do que se vê ou ouve. Complementa a autora:

Quando me refiro a fazer pesquisa, falo de uma atitude investigativa, criadora que faz pulsar em nós o desejo de conhecer algo que desconhecemos ou que pouco conhecemos. Falo da paixão de aprender. Falo do aprendizado, porque essa é uma atitude que precisa ser forjada em nós na medida em que vivemos num tempo onde a superficialidade das informações e a rapidez com que são produzidas e divulgadas colaboram para que nos tornemos acomodados diante do que é exposto, muitas vezes, travestido como uma verdade irrefutável (s/p).

Sobre o desejo de pesquisar foi construída a "pedra fundamental" dessa investigação, em cima da qual, posteriormente, foram erguidos os pilares compreendidos pelas vozes dos participantes e dos autores que foram aos poucos sendo agregados, os quais permitiram sustentar a discussão empreendida, fazendo desta dissertação, portanto, a concretização de uma longa trajetória. Sob a perspectiva dos Estudos Culturais e sócio-históricos do corpo o estudo começou a tomar forma, tendo como fio condutor, no transcorrer dos labirintos do corpo, o problema a ser respondido. Nessa caminhada procurei, então, analisar quais os significados culturais que os indivíduos que tinham realizado a amputação unilateral da perna estavam construindo dos seus

corpos, cuja principal característica constituinte era o fato de terem sua corporalidade modificada por uma intervenção médico-cirúrgica que extirpou um segmento de seus corpos. Também busquei compreender quais os efeitos produzidos em seus corpos e suas subjetividades pelo uso das próteses, ou seja, como estes indivíduos incorporavam em suas vidas o uso de um aparato tecnológico acoplado em sua pele. A partir dessa temática principal, foram construídas as seguintes questões que nortearam o estudo, as quais serviram como referência para a discussão empreendida: Quais os sentidos que os indivíduos atribuíam aos seus corpos antes da amputação? Como elaboraram a transformação operada em seus corpos pela amputação? Quais os sentimentos produzidos pelos olhares dos Outros em seus corpos amputados? E por fim, como era o processo de adaptação ao uso das próteses?

Desta forma, fui delineando um caminho guiado por esses questionamentos e outros que foram emergindo no decorrer da investigação. Fui, aos poucos, me apropriando de alguns conceitos que considerei relevantes para a construção da dissertação, dialogando com autores que falavam e olhavam para o corpo como um constructo cultural e sócio-histórico. Me apropriei, também, das falas dos participantes da pesquisa que deram vida a essa dissertação, doando um pouco de suas vidas para que o texto tomasse uma forma e um sentido.

Busquei nos estudos de Michel Foucault (1999) inspiração para pensar a dissertação como uma "invenção", ou como um "ato de criação". Em seus escritos, onde utilizou Nietzsche como referência, afirmava que todo conhecimento é inventado, contra-natural, não tendo uma origem específica. Para ele o conhecimento é algo que se produz, sendo produzido por mecanismos ou realidades de natureza totalmente diversa. Ele é visto como um resultado histórico de uma relação estratégica em que o sujeito está situado.

Portanto, como pesquisadora, falo sempre de um lugar específico, onde o conhecimento é produzido e contextualizado. De alguma forma, exerço o poder de eleger alguns saberes para compor a dissertação e refutar outros que acredito serem incompatíveis com a discussão pretendida. Essa produção de novos saberes, na perspectiva foucaultiana, é política e tem sua gênese em relações de poder. Saber e poder implicam-se mutuamente, pois não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, todo saber constitui novas relações de poder. Portanto, na sua ótica, todo ponto de exercício de poder é ao mesmo tempo um local de formação de saber onde, por exemplo, o hospital não é somente um local de cura, mas também um instrumento de produção e transmissão de saber (MACHADO, 1998).

Pensar o conhecimento como uma invenção, permite vislumbrar o corpo humano que conhecemos, com suas peculiaridades, como uma invenção do próprio homem. Por exemplo, as práticas desenvolvidas pelos anatomistas, no século XVIII, permitiram que um novo campo de saber se constituísse. O corpo humano passou, então, a ser objetivado pela ciência, a qual preocupou-se em compreender o seu funcionamento e suas patologias. Isso significa afirmar que o saber científico emergente sobre o corpo humano outorgava a quem o produzia o poder de representá-lo. Essa é a faceta positiva do poder, segundo a ótica foucaultiana, pois ele é produtivo e transformador, produzindo tanto o real como rituais de verdade. Tem como alvo o corpo humano, aprimorando seus conhecimentos sobre ele, gerando sua vida, controlando suas ações, aproveitando suas potencialidades e aperfeiçoando suas capacidades (FOUCAULT, 1999).

No transcorrer dos tempos, o corpo humano por si só não sofreu grandes transformações em sua matriz biológica, mas sua materialidade foi significada pelas sociedades de diferentes formas, tendo como referência costumes, valores estéticos e morais. Inúmeras verdades e

diferentes concepções foram e estão sendo construídas a seu respeito, no decorrer de sua história. Sua condição de sagrado, na Idade Média, cujo destino estava delegado aos "desígnios de Deus" foi progressivamente transformado pelo saber científico que o tornou um objeto cognoscível e objetivável. Novas práticas e conhecimentos científicos permitiram olhar para o corpo e compreendê-lo desde sua exterioridade até seu código genético. Por esta razão, considerar o corpo humano como algo "naturalmente dado", é desconsiderar os feitos da ciência que o produziram e continuam a produzi-lo incessantemente.

Portanto, ao olhar o corpo dessa forma carrego comigo a assertativa foucaultiana de que toda teoria:

é provisória, acidental, dependente de um estado de desenvolvimento da pesquisa que aceita seus limites, seu inacabado, sua parcialidade, formulando conceitos que clarificam os dados - organizando-os, explicitando suas inter-relações, desenvolvendo implicações - mas que em seguida, são revistos, reformulados, substituídos a partir de novo material trabalhado (MACHADO, 1998, p. XI).

Isso significa afirmar que os saberes construídos do corpo humano são provisórios e contextualizados num dado momento histórico. Significa ainda, perceber que os sujeitos produzidos por esses saberes adotam uma retórica corporal, onde as vestimentas, os modelos de saúde e beleza, os comportamentos, os hábitos alimentares, entre outros, são incorporados às suas vidas de acordo com cada época vivenciada. Nesse sentido, os Estudos Culturais e sócio-históricos do corpo escolhidos como eixo norteador dessa discussão, privilegiam o caráter provisório do corpo humano, entendendo que suas características biológicas, apesar de serem freqüentemente referenciadas como definidoras de um caráter universal e fixo, são atravessadas por valores culturais e sociais que lhes garantem uma forma circunscrita de fazer uso de seus corpos.

Os estudos de Foucault nos mostram que o corpo traz consigo em sua vida e sua morte, em sua força e sua fraqueza, a sanção de todo erro e de toda verdade. Ele é a superfície de inscrição dos acontecimentos, sobre ele encontram-se os estigmas do que ocorreu no passado, do mesmo modo que dele nascem os desejos. O corpo está inteiramente marcado pela história. Ele é formado por uma série de regimes, ele é destroçado por ritmos de trabalho, repouso e festa, assim como é intoxicado por venenos, alimentos, valores, hábitos alimentares e leis morais. Nada, portanto, no ser humano, nem mesmo seu corpo, é fixo para compreender os outros e reconhecer-se nele (MACHADO, 1998).

Como nos afirma Carmen Soares (2003), o corpo pode ser visto como um espaço-tempo, que tudo atesta, porque carrega consigo inscritas as marcas do que viveu. Pode, então, ser pensado como um dos territórios mais visíveis de conexão entre natureza e cultura. Em sua visibilidade, permite ser interpretado e lido como um texto escrito pela sociedade à qual pertence. Mostra-se como uma vitrine móvel de conquistas científicas e tecnológicas. Sua materialidade biológica revela sinais de saúde e doença, alegria e tristeza, vida e morte. Sua visibilidade incontestável, suas marcas aparentes, revelam uma infinidade de histórias individuais e sociais, permitindo que muitas e múltiplas histórias sejam escritas ressaltando seus costumes, sua alimentação, suas "anormalidades", etc.

Escrever acerca dos corpos amputados possibilitou posicionar-me como o Outro, aquele que observa, que os esquadriña a partir do meu olhar de pesquisadora, que os devassa, sem ter a pretensão de conhecê-los de uma única vez e para sempre. É buscar em seus detalhes, em suas marcas outros sentidos que aqueles "naturalizados", é questionar sua alteridade, seus estigmas, suas mortes reais e simbólicas, sua incompletude. É olhar para sua hibridização com as próteses,

compreender os efeitos produzidos por elas, pensá-los numa perspectiva, por que não dizer, pós-humana³.

Refletir sobre essas marcas corporais inscritas nos corpos amputados, para Renaud Barbaras (2003), é nos permitir visualizá-las como rastros do passado que se tornam contemporâneos do corpo, pois elas existem num presente eterno. Esses corpos, portanto, demandaram de mim, como pesquisadora, um olhar minucioso, valorizando sua complexidade, que não se fixasse somente em suas corporalidades modificadas pela amputação, mas que procurasse decifrar seus códigos, seus simbolismos. Problematizá-los, portanto, a partir do entrelaçamento de suas características biológicas, culturais e tecnológicas, contextualizando-as na contemporaneidade, construindo, portanto, uma história do presente.

Assim, a dissertação ganhou vida com a presença dos participantes, com a minha vivência como pesquisadora, com as histórias compartilhadas no decorrer dos caminhos investigativos. O estudo foi desenvolvido na Ortopédica Catarinense⁴, uma clínica privada situada na cidade de Porto Alegre, onde é desenvolvido um trabalho com pessoas que foram submetidas a amputação visando a sua reabilitação e protetização. Participaram da pesquisa nove pacientes da clínica, de ambos os sexos, todos amputados de membro inferior unilateral, alguns em processo de protetização e outros já usuários de prótese, com idades variando entre 18 a 82 anos. Também participaram da o fisioterapeuta e o protesista do local, na medida em que são profissionais que

³ *Pós-humana* refere-se a condição do indivíduo na contemporaneidade, que se valendo das descobertas tecnocientíficas passa a ter condições de superar as limitações impostas por sua organicidade, impondo-se rituais de auto-*upgrade* cotidiano, cujo tema é abordado no livro *O Homem Pós-orgânico*, de Paula Sibilia (2002).

⁴ Os profissionais responsáveis pelo local, autorizaram que fosse divulgado o nome da clínica nessa dissertação. Maiores informações sobre o trabalho desenvolvido podem ser acessadas em seu site: (www.ortocat.com.br)

lidam diretamente com os pacientes participantes da pesquisa, intervindo por meio da técnica (fisioterapia) e da tecnologia (prótese), produzindo transformações nesses corpos.

O texto que produzi é a materialização do desafio que foi escrever sobre esses corpos, ultrapassar sua cartografia anatômica que num primeiro olhar se coloca como definidora de limites, torná-los um texto, dando-lhes visibilidade por meio das palavras escolhidas minuciosamente por mim enquanto pesquisadora. Espero, então, que o leitor capturado pela história narrada possa construir suas próprias imagens desses corpos, fazendo o caminho inverso que eu fiz como pesquisadora, ou seja, do corpos eu fiz um texto e do texto novos corpos se produzirão.

Muitos autores dos Estudos Culturais e sócio-históricos do corpo fazem parte dessa minha trajetória de pesquisadora. Todos eles contribuíram de forma relevante na produção da dissertação. Citá-los nesse momento não seria o mais pertinente, pois todos eles estão presentes nas mais diversas páginas dessa dissertação, onde suas vozes são compartilhadas com as dos participantes. Tive a liberdade de me apropriar de algumas de suas idéias, em especial aquelas que me permitissem falar dos corpos amputados, de suas histórias pessoais e sociais, da sua alteridade corporal, de seus estigmas, das intervenções técnicas (cirurgias e fisioterapia), de seus sinais de pertencimento ou de exclusão, da tecnologia colada em seus corpos (próteses), de seus modos de ser e viver, dos sentidos presentes, mesmo que provisórios.

Na primeira parte dessa dissertação denominado *Labirintos do Corpo* realizo uma revisão teórica sobre a temática "corpo", privilegiando uma perspectiva construcionista do indivíduo e de sua corporalidade. Procurei, então, discutir sobre a produção do corpo pelos domínios do saber e

suas imbricações entre a natureza e cultura, narrar alguns fragmentos de sua história social, as suas transformações ocasionadas pela intervenção técnica e, por fim, reflito sobre os sentidos produzidos culturalmente a partir das marcas da alteridade corporal.

Na segunda parte descrevo os *Caminhos Investigativos* por mim trilhados no decorrer da produção dessa dissertação, onde especifico minhas escolhas metodológicas, a pesquisa de campo realizada, o local onde foi realizado o estudo e a conformação do grupo de participantes. Descrevo a coleta das informações que foi efetivada através das seguintes ferramentas de pesquisa: a entrevista semi-estruturada, a observação participante e o diário de campo. Na parte final deste capítulo especifico como foi realizada a composição e a categorização das informações coletadas, bem como a análise da temática problematizada sob a luz dos Estudos Culturais e sócio-históricos do corpo.

Na terceira parte denominada *As vozes dos participantes: histórias compartilhadas* desenvolvo, então, a discussão final a partir da triangulação dos dados coletados no decorrer da trajetória investigativa. A partir da categorização e da análise do material empírico coletado durante as entrevistas com os participantes, foram construídos quatro eixos temáticos para discutir sobre o corpo amputado e protetizado, sendo denominadas como: *Corpos que habitamos: cuidados de si*; *Corpos Amputados: um processo subjetivo de estranhamento e familiarização*; *Corpos (Im)perfeitos sob o olhar do Outro* e *O corpo e suas próteses: produzindo novas formas de ser*.

Finalizo minha apresentação, buscando inspiração nos escritos de Lya Luft (2003), em especial quando afirma que o mundo não tem sentido sem o nosso olhar que lhe atribui uma

forma, uma identidade, sem o nosso pensamento que lhe confere alguma ordem. Vivemos sempre segundo o nosso ponto de vista, a nossa verdade, e com ela sobrevivemos ou naufragamos. O que escrevemos, segundo a autora, nasce do nosso próprio amadurecimento, onde o trajeto percorrido é formado de altos e baixos, pontos luminosos e zonas de sombra. Em seu curso podemos, então, entender que a vida não tece apenas uma teia de perdas, mas que ela nos proporciona uma sucessão de ganhos. Esse texto, enfim, é uma conquista, é a minha verdade, mesmo que provisória, e está sendo exposta nas páginas que se seguem, para que a partir do olhar do Outro novos sentidos se produzam.

1 LABIRINTOS DO CORPO

1.1 Corpo: um híbrido entre natureza e cultura

*"Plástico, moldável, inacabado, versátil, o homem tem-se configurado de diversas maneiras pelas histórias e pelas geografias"
(SIBILIA, 2002, p.10)*

O corpo humano tem se mostrado como um campo de estudo vasto e inesgotável, foco de inúmeras investigações, nas mais diversas áreas das Ciências Humanas e Sociais. Verdadeiro arquivo vivo de memória, fonte de desassossego e de prazeres, jamais torna-se obsoleto (SANT'ANNA, 2001). Conforme o olhar do pesquisador tem sido esquadrihado⁵ em seus mais diversos aspectos constitutivos onde verdades são construídas a seu respeito, sendo estas contestadas ou aceitas em conformidade ao campo de saber onde foram geradas. Apesar de estar acessível a diversos olhares científicos, o corpo humano ainda não permitiu ser totalmente desvelado.

Segundo Oswaldo Giacoia Jr. (2002), ninguém até o presente momento conheceu tão acuradamente a estrutura corporal que pudesse explicar todas as suas funções. Para ele, somos ainda rigorosamente ignorantes daquilo que nos é mais próximo. Apenas tateamos às cegas, nas

bordas de um si mesmo que nos permanece ainda estranho. Para o autor, a natureza do corpo é labiríntica, porque, por mais que os saberes construídos a seu respeito o produzam de diversas formas, o seu "fio condutor" ainda está para ser descoberto.

No transcorrer da história, na perspectiva foucaultiana, existiram três processos de objetivação que transformaram os seres humanos em diferentes figuras da subjetividade⁶:

o sujeito definido como objeto de determinados saberes científicos (...); o sujeito objetivado a partir de práticas divisionárias e de exclusão, por meio das quais se estabeleceu a oposição entre o louco e o são, entre o doente e o saudável, entre o criminoso e o bom rapaz; e por fim, uma análise das práticas ou técnicas de si por meio das quais o ser humano se torna um sujeito (DUARTE, 2002, p. 51).

Entendo, desta forma, que todo processo de construção do conhecimento do sujeito e de seu corpo é interativo e que, apesar de se constituir como uma prática que o objetiva, deixa marcas invisíveis em sua corporalidade e em sua subjetividade. Como afirma Alfredo Veiga-Neto (2002), os olhares que dirigimos a determinadas "coisas", de certa maneira, as constituem. As "coisas" do mundo são refeitas, interpretadas e explicadas a partir do nosso olhar. Somos nós que damos um sentido a elas através dos enunciados que construímos a seu respeito. À medida que falamos sobre as "coisas" do mundo, nós também as constituímos. Penso, assim, que não estamos isentos quando olhamos e falamos sobre algo, pois estamos diretamente implicados em sua constituição, em sua subjetivação.

⁵ *Esquadrinhar* é um termo utilizado por Michel Foucault em *Vigiar e Punir* (1999), ao falar da produção dos "corpos dóceis". Este termo significa "investigar, pesquisar, estudar, analisar", esmiuçar ao máximo o seu tempo, o seu espaço e os seus movimentos (Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa).

⁶ A *subjetividade* "não é o ser, mas os modos de ser, não é a essência do ser ou da universalidade de uma condição, não se trata de estados da alma, mas uma produção tributária do social, da cultura, de qualquer elemento que de algum modo crie possibilidades de um 'si', de uma 'consciência de si', sempre provisória" (BERNARDES e HOENISCH, 2003).

Portanto, ao mesmo tempo que o corpo humano foi "objetivado" pelos saberes construídos a seu respeito, esses novos conhecimentos, também produziram novos sujeitos. Sendo o corpo o "fio condutor" dessa dissertação, torna-se relevante nesse momento percorrer alguns de seus labirintos, buscando compreender como os saberes sobre o corpo foram produzidos, contextualizando-os historicamente. A partir de práticas que os analisaram minuciosamente, buscar compreender como deixou de ser uma obra de Deus e passou a ser uma obra dos próprios homens.

Tecer essa análise não significa abordar o corpo somente como um problema ou obstáculo que a sociedade tenta a todo custo regular, restringir ou reprimir, como afirma Zandra Gómez (2003), mas considerar que, a partir dele e em torno dele e de suas necessidades e imposições foram construídas a sociedade e seus sistemas de representação simbólica. Desta forma, devemos considerar a vida como uma experiência que se tem com e no corpo, tornando-se impossível compreender o ser humano sem levarmos em consideração sua dimensão corporal.

Essa compreensão fez com que eu recorresse a Michel Foucault visto que seus escritos favoreciam essa possibilidade de olhar para o corpo humano, de forma a recusar

...o conceito metafísico tradicional do ser do homem (...), isto é, como pura e simples presença subsistente e fechada em si mesma, dotada do caráter do que está meramente ali, adiante da mão, passível de receber uma definição universal e definitiva. Não se pode definir quem somos por meio do recurso à descrição e mapeamento de propriedades ou características humanas, não porque fôssemos destituídas delas, mas porque elas apenas são modos possíveis de ser e somente isso. O ente que somos (...) não pode ser pensado como um ente real dado, mas apenas como o ente que é cada vez *o que pode ser* (DUARTE, 2002, P.55).

Penso, desta forma, que o mundo não pode ser tomado como uma coleção de indivíduos finalizados, pois não fomos formados de uma só vez, mas continuamente nos reproduzimos para continuarmos sendo o que somos. A principal característica do ser humano é o seu caráter

eminentemente processual. O seu corpo traz em si mesmo o inacabado, ou seja, a promessa permanente de autocriação, e é isso que faz dele um eterno enigma que a tecnociência pretende a todo custo negar (NOVAES, 2003; OLIVEIRA, 2003).

Apesar de inúmeras tentativas de definir o corpo humano, ele sempre escapa a uma possibilidade de enquadramento. Situado na interface do seu código genético, característica inata e universal do ser humano, e da complexidade mutante de sua identidade cultural, que lhe confere uma singularidade, o corpo não pode, desta forma, ser reduzido nem às suas características biológicas, nem às culturais, na medida que é constituído por ambas. Como bem afirma Denise Sant'Anna (1995), o corpo é sobretudo um objeto histórico. Tomá-lo como algo já pronto e acabado seria, então, uma forma de empobrecê-lo, destituindo-o de sua principal qualidade que é a da provisoriedade.

Pensamento esse partilhado por Carmen Soares (2001), quando afirma que o corpo humano é vislumbrado como um:

Território construído por liberdades e interdições, e revelador de sociedades inteiras, o corpo é a primeira forma de visibilidade humana. O sentido agudo de sua presença invade lugares, exige compreensão, determina funcionamentos sociais, cria disciplinamentos e disputa inúmeros interesses de diversas áreas do conhecimento (s/p).

Nesse sentido, em cada momento histórico o corpo foi marcado e distinto muito mais pela cultura do que por uma previsível essência natural dada por sua condição fisiológica. Tentar decifrá-lo, nos faz buscar no passado as representações que foram construídas a seu respeito, as interdições presentes, seus valores, seus modelos de conduta, seus gestos, verdades e hábitos de vida, permitindo-nos compreender que o corpo que visualizamos como habitual na atualidade, não foi sempre assim (FRAGA, 2000).

Os marcadores identitários inscrevem-se fundamentalmente na materialidade corporal. Eles são símbolos culturais que funcionam para diferenciar, agrupar, classificar, ordenar os sujeitos. No corpo se mostram aparentes as marcas que nos posicionam, tais como: altura, cor do cabelo, peso, idade, sexo, linguagem, entre outros atributos. O que produz a diferença, na verdade, são os sentidos que são atribuídos às inúmeras características biológicas do corpo humano tidas como universais. Portanto, o indivíduo não escolheu seu sexo, sua nacionalidade, porém, se os repudiar, se recusar assumi-los como seus, nada será. E o que quer que faça com seus traços que o constituem, que forma seu "eu", dependerá, antes de mais nada, de dar-lhes um significado próprio, ou seja, reconhecê-los como seus (VEIGA-NETO, 2002; RIBEIRO, 2003).

O existir humano, portanto, transcende em muito os seus processos puramente orgânicos: faz-se pelas danças, pelos mitos, pelos rituais, pela comensalidade, pelas trocas simbólicas, pelas relações de parentesco, pela arte, pela religião, etc. Em cada período da história, o corpo humano assumiu os contornos e as marcas dos valores, leis e costumes da sociedade vigente. Sua materialidade biológica impregnou-se das cores, da roupagem, dos discursos, dos hábitos de cada período. São os discursos, as práticas sociais, os enunciados científicos, os regimes a que se encontra submetido, e outras tantas construções que circulam na trama social, que se inscrevem nos corpos, marcando-os de forma invisível (RODRIGUES, 1999; SOUZA, 2000).

Zandra Gómez (2002), procura também relativizar a natureza biológica do corpo humano como algo determinante em sua vida, afirmando que:

A condição física, material do corpo, aquela que nos faz lembrar de fenômenos como o nascimento, o crescimento, a doença e a morte; o funcionamento do organismo que se faz evidente na respiração, na digestão, na reprodução ou na multiplicidade de fatos orgânicos; e as necessidades de alimentação, sono, abrigo, contato físico e sexo, todos esses aspectos, entre muitos outros, poderiam induzir-nos a pensar o corpo como uma entidade inquestionável. Vimos que desta forma, feita esta constatação, devemos admitir que só isso é imutável nele. As maneiras pelas quais esses fatos são entendidos,

tratados, educados e praticados, remetem a uma infinita diversidade. Assim, a constante, que num sentido representa o corpo na vida humana, não se esgota ao defini-lo como elemento físico da nossa condição humana. A forma mesma em que tal condição é concebida e realizada está sujeita a fenômenos que escapam por completo à índole material do nosso ser e remetem imediatamente ao caráter cultural e social do corpo (p. 86).

Permito-me, então, pensar o corpo como uma matéria bruta lapidada pelo olhar do saber científico e pelas regras sociais e morais de cada época. Ele teve que se tornar um cadáver, sem vida e sem as conotações sagradas que envolviam a morte e os corpos medievais, para se deixar invadir pela medicina. Seus músculos, seus órgãos internos, sua circulação, sua sexualidade, suas doenças, seus movimentos, etc. foram minuciosamente analisados pelos olhos da ciência que almejava desvendar os seus mistérios. Passou, num determinado momento a ser visto como uma complexa maquinaria. O corpo foi redefinido pelo saber científico que o tornou um objeto cognoscível, da sua superfície externa ao interior de suas células, o que deixou marcas em sua materialidade e em sua subjetividade.

Para João Luiz Vieira (2003), o corpo humano era um enigma à espera de decifração. A história da medicina nos mostra, então, o controle sobre esse corpo que foi tomado como um código-livro. Essa ciência nasceu de um impulso de entender o funcionamento do corpo, de lê-lo como se lê um livro. Até meados dos séculos XVII e XVIII o corpo mostrava-se ainda supostamente desconhecido. Porém, nesse período ocorreu uma transformação na prática médica, onde o corpo foi convertido num objeto legível por meio de uma variedade de técnicas, desde a dissecação até a manutenção de registros regulares sobre seu funcionamento, tais como notas, diários e relatórios. O corpo, de matéria desconhecida, foi transformado num discurso que produzia verdades a seu respeito.

Conforme a visão foucaultiana, no passado as religiões exigiam o sacrifício do corpo humano para os Deuses. Porém, o saber científico conclamou que realizássemos experiências sobre nós mesmos. O corpo humano passou, desta forma, das mãos dos Deuses para as mãos dos próprios homens. Esse foi o seu sacrifício em nome do conhecimento que "inventaram" e que desejavam ter sobre si mesmos.

Nesse sentido, considero relevante recorrer a algumas práticas sociais que foram realizadas no passado tendo o corpo como alvo, para compreender como ele se tornou hoje o que é. Procuro, assim, alguns vestígios que me permitam ver como as tecnologias foram sendo construídas para o seu controle, para o seu melhor aproveitamento, para torná-lo eficiente, belo e saudável. Para tanto, convido o leitor a realizar comigo um breve transitar por fragmentos da história do corpo e visualizar como ele se deixou desvelar pela ciência. Como os saberes foram aos poucos transformando-o, ditando regras, códigos de moralidade e civilidade. Aqui quero mostrar que a provisoriedade é sua principal característica, na medida em que foi olhado e significado no decorrer dos tempos de diversas formas. E que quanto mais civilizado, menos natural se tornou.

1.2. A produção do corpo pelos domínios do saber: fragmentos de sua história

*"... são incontáveis os caminhos e numerosas as formas de abordagem: da medicina à arte, passando pela antropologia e pela moda, há sempre novas maneiras de conhecer o corpo, assim como possibilidades inéditas de estranhá-lo".
(SANT'ANNA, 2001, p.3)*

Aqui se faz necessário seguir o fio condutor do conhecimento pelos "labirintos" do corpo, realizar uma tessitura. Percorrer fragmentos de sua história, vislumbrar as práticas sociais que o marcaram, tornar visível como os indivíduos viam-se a si mesmo e ao mundo, e de que forma essas representações foram sendo modificadas no transcorrer dos tempos. Pela intervenção da ciência o corpo deixou de ser considerado algo sagrado para tornar-se um objeto cognoscível, produzido pelo saber e por ele atualizado continuamente. Para além de sua materialidade biológica, o corpo foi inscrito pelo olhar e pelas mãos dos seus estudiosos, pelas técnicas e intervenções que sobre ele foram realizadas. Iniciamos, portanto, nossa caminhada pelos labirintos do corpo numa fase onde ele foi invadido, fragmentado, dissecado e dessacralizado.

No decorrer do século XIII, predominava a teoria dos humores, onde se acreditava na existência de correspondências diferentes entre o corpo e o mundo. O corpo era visto como permeável, se comunicando com o exterior e exalando humores. O celestial e o terreno eram muito próximos, havendo uma intensa familiaridade entre as coisas sagradas e os homens. Os desígnios de Deus animavam simultaneamente o corpo e a alma, o espírito e a matéria, a natureza e a sociedade. Neles residiam os mistérios da vida. Existia nesse período a concepção de que o corpo e a natureza mantinham uma relação de dependência, o que mais tarde tornar-se-á obsoleta aos olhos da medicina (SANT'ANNA, 1993; RODRIGUES, 1999).

Apesar de já existirem evidências de dissecações em corpos humanos nas práticas de Hipócrates, Aristóteles e Galeno na Antigüidade Clássica, essas práticas desapareceram durante séculos, como mostram os registros históricos. Durante quase toda a Idade Média, a abertura do corpo humano ainda era vista como uma ação inconcebível, sendo considerada um gesto de mais supremo sacrilégio. Mesmo sendo praticada com finalidades de estudo, a dissecação era tida

como um tabu. Abrir o corpo significava bulir com o espírito. Razão pela qual as primeiras dissecações oficiais foram realizadas no início do século XIV e após os séculos XVI e XVII essas praticamente foram banalizadas. A partir de então, a magia da corporalidade humana irá ser reduzida à lógica do mecanismo. Para que o olhar do anatomista fosse tolerado, foi necessário desencantar o corpo, despojando-o de sua condição de microcosmos (RODRIGUES, 1999; SILVA, A.,2001).

Nos séculos XV e XVI, conforme Denise Sant'Anna (1993), a anatomia humana torna-se o centro das atenções, tanto da pedagogia, quanto da medicina e das artes. Pode-se citar como contribuições relevantes neste período, os estudos de Leonardo da Vinci e Miguel Angelo. Ambos realizaram estudos anatômicos a partir de dissecações, cuja aulas neste período eram públicas, trazendo grandes contribuições para as avanços dos estudos da anatomia, estudos esses que começaram a se proliferar por toda Europa. Para Vesálio, não se podia mais separar a medicina e a cirurgia. As dissecações também contribuíram para a modificação da concepção do corpo humano ocidental, tempo onde o cadáver perde a sua aura misteriosa e torna-se mais banal, a serviço agora da ciência. O corpo conquista de fato sua independência do cosmos, ganhando identidade própria.

A anatomia permite, então, uma descrição mais detalhada e uma elaboração mais sofisticada de um discurso especializado sobre o corpo humano. De acordo com Carmen Soares e Alex Fraga (2003):

É a anatomia que iria permitir uma descrição rica em detalhes e a elaboração mais sofisticada de um discurso especializado sobre o corpo. É ela que iria precisar os desenhos e, assim, criar uma objetividade do olhar. Com essa objetividade delineada, foi possível penetrar em todas as partes e em todas as dimensões do corpo; dominar aquilo que se encontrava até então desconhecido. O olhar objetivo, guiado pelas explicações precisas, permitiria explorar, manipular e revelar caminhos nunca e

antes trilhados. Identificação de erros e desvios, encontro de acertos e de soluções passaram a ser apresentados como resultados verossímeis desta arqueologia do detalhe (p. 84).

Surge da dissecação o corpo individual descortinado por um olhar que busca esclarecimentos. Seus detalhes vão sendo expostos aos olhares do outro como numa vitrine, generalizando o conhecimento do interior do corpo humano. O caminho para o médico iluminista estava traçado, primeiro separando os órgãos, depois os tecidos, para num futuro, dividi-lo em células, partículas e átomos. A fragmentação do corpo humano toma impulso com a invenção dos primeiros microscópios em 1590. Essa nova forma de intervir sobre o corpo, produzirá novos conhecimentos sobre ele, inaugurando uma nova era de percepções que extrapolam aquela proveniente do arcabouço biológico próprio da espécie humana. A pele humana deixa de ser uma barreira para a técnica visualizar o interior do corpo. Ocorre, então, um predomínio da percepção visual, onde a realidade assume a forma da representação da imagem visualizada por meio dos instrumentos de maior precisão, que traduz o seu funcionamento, seus componentes e órgãos, substitutivas do corpo em análise (SILVA, A. 2001).

Aprofundam-se, então, os saberes sobre o corpo humano. William Harvey (1578/1657) acrescenta novos conhecimentos com relação à circulação sangüínea e Jean Pecquet (1622/1674) relativamente ao sistema linfático. O uso do microscópio permite verificar que o invisível possa ser observável, tornando-se visível, como por exemplo, os glóbulos vermelhos. Os conhecimentos acerca do corpo e do universo cada vez mais se expandem, se diferenciam e o homem passa a ambicionar novas conquistas, ou seja, deixar de ser simples criatura e passar a ser o Criador de si mesmo. Nos Séculos das Luzes, este sonho se realiza através, por exemplo, da fabricação dos autômatos (SANT'ANNA, 1993).

Tanto a medicina como as demais áreas do nascente saber científico tinham como principal objetivo, segundo Paula Sibilía (2002), aperfeiçoar os mecanismos corporais. Para tanto era necessário desvendar seus "mistérios", colocar as mãos na massa corporal e examinar detalhadamente cada órgão, na tentativa de analisar suas funções, suas atribuições, na complexa maquinaria do organismo humano. O saber científico redefiniu o corpo humano, arrancando-o do homem vivo e escolhendo o cadáver como seu modelo e objeto. Da matéria inerte os cientistas procuravam compreender a vida.

Segundo Ana Márcia Silva (2001), grande parte das descobertas científicas trouxeram mudanças na vida cotidiana das pessoas, influenciando seus comportamentos e suas representações. Tanto a Medicina como a expectativa corporal do século XIX rendem-se à lógica dos laboratórios, beneficiando-se do prestígio da ciência e da racionalidade que se instalava. A ciência, assim, transformou o corpo num local de experiências, em algo que podia ser conhecido, mexido, mensurado e alterado, mas também dominado. Tornou-o uma construção humana, chegando ao seu auge na atualidade com a engenharia genética e com a medicina estética.

Foi a partir da intervenção nos corpos pelas mãos dos anatomistas que ele deixou de ser somente contemplado pela sua exterioridade, para ser cada vez mais invadido pelo olhar desbravador da ciência. Deixou de ser simples matéria para tornar-se um discurso, um paradigma a ser refutado pelos progressos científicos. O corpo torna-se, portanto, um objeto na medida que passamos a vê-lo, a olhá-lo e tratá-lo como decifrável. Uma vez desvendado o seu funcionamento, foi possível atuar sobre ele produzindo os efeitos desejados, fabricando-o continuamente.

Na virada do século XVIII para o XIX, de acordo com Jorge Coli (2003), ocorre um deslocamento do lugar onde se encontra o humano. O olhar do indivíduo sobre si não vislumbra o humano, mas uma coisa. O indivíduo objetiva-se a si mesmo, no sentido que se coloca como um objeto, para um sujeito que conhece. Objeto de si mesmo, seu corpo se evidencia, apresenta-se apenas como um corpo, disposto para a ciência ou para a arte.

Para Michel Foucault, nos deparamos, então, com o nascimento do corpo individual como resultado do conhecimento gerado a partir das primeiras dissecações, o que permitiu um maior controle sobre seu funcionamento, suas formas de viver e morrer. No decorrer dos séculos XVII e XVIII surgiram duas formas principais de técnicas de poder. Uma que estava centrada essencialmente no corpo individual, visto como uma máquina, com o intuito de adestrá-lo, ampliar suas aptidões, aumentar-lhe sua utilidade e docilidade. Conhecida como tecnologia disciplinar do trabalho, era exercida mediante um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações e de relatórios. Porém, na segunda metade do século XVIII, surge uma outra tecnologia de poder não mais individualizante, mas massificante, auxiliada por instrumentos de controle totalmente diferentes. Essa técnica de poder dirige-se não mais ao homem-corpo, mas agora ao homem-vivo, tentando reger a sua multiplicidade, a massa global afetada diretamente por processos que são próprios da vida, como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Vemos, então, depois de uma anátomo-política do corpo humano instaurada no transcorrer do século XVII, uma "biopolítica"⁷ da espécie humana, ambas investindo no corpo do homem e da espécie (1999a; 2000).

⁷ *Biopolítica*, na perspectiva foucaultiana, é um tipo de poder que surge no final do século XVIII e que se exerce sobre a população, sobre os fenômenos coletivos, tais como: a natalidade, a mortalidade, a longevidade, entre outros, intervindo neles com o propósito de otimizar o seu estado de vida, regulamentando-a, fazendo viver ao invés de deixar morrer (FOUCAULT, 2000).

No alvorecer da Modernidade, a medicina começou a evidenciar sua vocação biopolítica na forma de administrar a vida e os corpos, impulsionada pelos saberes emergentes e pelas engrenagens da Revolução Industrial, principalmente pela presença das endemias, vista como um fenômeno da população, da morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida das pessoas, corroendo-a, diminuindo e enfraquecendo . Ou seja, uma medicina que terá como função maior a higiene pública, através da normalização do saber, de campanhas de aprendizado da higiene e da medicalização da população. Observa-se, também, a constituição de um outro campo de intervenção da biopolítica que se institui no início do século XIX, que será formado por um conjunto de fenômenos dos quais uns são universais e outros acidentais, tais como a velhice, os acidentes, as enfermidades e as anomalias diversas, que deixam as pessoas fora do campo de atividade e de produção (FOUCAULT, 2000; SIBILIA, 2002).

A medicina mostra-se como uma técnica política de intervenção, dotada de efeitos de poder próprios. Torna-se um saber-poder, que atua sobre os corpos e sobre a população, sobre o organismo e seus processos biológicos, produzindo assim, efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores. A norma surge, portanto, como aquilo que se pode aplicar tanto a um corpo que se quer disciplinar, como a uma população que se quer regulamentar. Portanto, "uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida, onde se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação" (FOUCAULT, 1999, p.135; 2000).

Portanto, se fosse realizada uma "história do controle social do corpo", na ótica de Michel Foucault (1999b), veríamos que até o século XVII o corpo dos indivíduos mostra-se como uma superfície de inscrição de suplícios e penas. Porém, as formas de controle que surgem a partir do

século XVIII fazem com que o corpo adquira uma significação totalmente diferente, não sendo mais aquele que deve ser supliciado, mas o que deve ser formado, reformado e corrigido pelas práticas disciplinares. Enfim, que deve adquirir aptidões, qualidades e ser capaz de produzir. Observa-se, então, que a sociedade moderna que se forma nesse período tem a necessidade de que os homens utilizem da melhor forma possível seu tempo de vida, sendo produtivos. É por esta razão que o controle se exerce e para que isso realmente fosse efetivado se forma uma rede institucional de "seqüestro" dos indivíduos composta pelas escolas, hospitais, presídios, entre outros.

Essas instituições denominadas por Foucault de "instituições de seqüestro" têm por finalidade a inclusão e a normalização. Ou seja, extrair o tempo, fazendo com o tempo de vida dos indivíduos seja transformado em tempo de trabalho. Mas também, fazer com o corpo humano se torne força de trabalho. Essas instituições também criaram um novo tipo de poder. Trata-se de um poder epistemológico, o qual permite extrair dos indivíduos, um saber que nasce da sua observação, da sua classificação, do registro e da análise dos seus comportamentos, etc.

Tomando como referência as análises realizadas por Michel Foucault sobre a sociedade industrial, é possível perceber que são construídos diferentes dispositivos destinados a moldar tantos os corpos como as subjetividades dos seus indivíduos, tais como as tecnologias disciplinares aplicadas nas diversas instituições de confinamento ou "seqüestro". Dentre os dispositivos de poder-saber utilizados, que deixaram marcas tanto nos corpos como nas almas, destacam-se: a arquitetura panóptica⁸, a técnica da confissão⁹ e a regulamentação do tempo de

⁸ *Panoptismo* vem a ser uma forma de controle e poder, que metaforicamente segue o princípio do panóptico, ou seja, o dispositivo penitenciário concebido pelo filósofo inglês Jeremy Bentham (SILVA, 2000). Caracteriza-se

todos os indivíduos, desde o seu nascimento até morte. Percebe-se, então, que o corpo mostra-se submerso em redes de poder que lhe impõem certas regras de convivência, obrigações, limitações e proibições. Esse misto de poder-saber conformam os contextos nos quais os seres humanos vivem, falam, os constituem e são por eles constituídos permanentemente, numa alimentação mútua que jamais cessa (SIBILIA, 2002).

Ao buscar esses fragmentos da história do corpo pude, então, compreender não somente como o corpo humano foi desbravado pelos anatomistas do final da Idade Média, mas também como ele foi sendo inscrito pelos saberes produzidos a seu respeito. Submersos numa rede invisível de saber-poder, não somente os corpos foram sendo controlados, mas também os processos de vida e morte dos sujeitos. Não bastava somente um corpo disciplinado, ele também teria que ser um corpo produtivo na maior parte de sua existência. Para que isso se tornasse possível, o conhecimento sobre o corpo deveria ser capaz de prever, evitar ou modificar situações que viessem a interferir em sua saúde e em sua performance. É possível vislumbrar, assim, na passagem da sociedade moderna para a contemporânea, que os dispositivos de controle e as técnicas de intervenção no corpo tornam-se cada vez mais sofisticadas e sutis. Elas massificam-se e banalizam o espaço corporal construindo um novo modelo de corpo humano.

Portanto, fica visível o quanto as transformações tecnocientíficas renovam a cada época o intuito de controlar não somente o corpo, mas a vida e seu destino. De acordo com Paula Sibilía

como uma forma de vigilância "invisível", cujo tema é abordado no livro *Vigiar e Punir*, de Michel Foucault (1999).

⁹ *Confissão* etimologicamente significa "declaração da própria culpa" (Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa). Esse termo adotado pela perspectiva foucaultiana, passa a ser utilizado como um dispositivo modelado pela tradição do cristianismo, a qual construiu uma moral baseada na culpa e na penitência. Seria, por exemplo, pelo sentimento de culpa que a sexualidade estaria incrustada no corpo do indivíduo, e em contrapartida, falar para o outro o que lhe vem ao espírito seria para o indivíduo da penitência o signo maior de sua culpa (BIRMAN, 2000).

(2002), a intimidade corporal progressivamente começou a ser colonizada e seu interior desvelado, iniciando-se um processo que na atualidade parece ter alcançado o seu ápice com o deciframento do genoma e a conquista do nível molecular com a ajuda de ferramentas digitais. As biotecnologias essencialmente empregadas nos estudos genéticos, ressignificam o desejo humano de eliminar ou controlar o imprevisível, ditado outrora pelas leis naturais.

Vislumbra-se, então, que nesses saberes constituídos reside um forte impulso de se controlar o futuro, transgredir e ultrapassar os limites impostos pela materialidade orgânica e corporal. Desta maneira, para algumas perspectivas teóricas e científicas na contemporaneidade, a vida passa a ser reduzida ao seu código genético e este tornou-se o último determinante de todos os seres vivos, capaz de explicar toda a complexidade e variedade da vida a partir do material hereditário. O destino dos seres humanos parece, assim, ter mudado de *locus*: ele agora está inscrito nos genes. Porém, apesar de todas as tentativas da ciência em controlá-lo, mediante a sua hiperbiologização, o corpo resiste, preservando consigo o seu caráter provisório e a sua imprevisibilidade que a vida lhe confere, características essas que ultrapassam a rigidez de sua cadeia de DNA.

1.3 Corpos (im)perfeitos: as marcas da alteridade

*"Se o corpo é expressão
e lugar de inscrição da cultura humana,
o espetáculo do corpo,
tanto do horrível quanto do belo,
oferece-se como um grande acervo de imagens
a serem decifradas,
(...) de textos a serem lidos".
(Soares, 2000, p.323)*

Quando dou visibilidade aos corpos transformando-os em texto, falo de pluralidades, de múltiplas formas de ser, de fragmentos de sua história, que podem ser narradas de inúmeras formas. Busco, porém, nessa narrativa os corpos nem sempre tidos como exemplo de saúde ou de beleza, paradoxalmente, procuro contar histórias de corpos (im)perfeitos e diferentes, ou seja, os corpos amputados. Procuro, assim, falar desses corpos (im)perfeitos, mas também de seus estigmas, de suas mortes reais e simbólicas, dos olhares a eles dirigidos, de suas formas de transpor limitações, de seu passado, de seu presente e de um futuro por-vir.

Conforme nos narra Evgen Bavcar (2003), o corpo ferido, (im)perfeito foi ocultado por diferentes simulacros que nos fizeram esquecer a sua existência e os seus sofrimento reais, onde representaram, muitas vezes, a parte doente, o "espelho partido da história". Para o autor, depois de nossos antepassados Adão e Eva, somos todos (im)perfeitos, uma vez que somos mortais. Na mitologia grega também encontramos o arquétipo do deficiente, representado como um homem revoltado, Prometeu, deficiente motor, que foi pregado ao rochedo, uma vez que prometera aos homens o progresso tecnológico por meio do fogo roubado dos deuses. O autor nos fala, também, que poderiam ser designados como deficientes da existência temporal todos os que, antes que o carneiro substituísse o ser humano, foram sacrificados nos altares às divindades.

Acrescentando mais alguns aspectos interessantes da mitologia grega, Inês Moreira (2004) relata que Hefesto, deus grego da metalurgia, coxeava. Ele era o único deus grego que apresentava algum tipo de (im)perfeição física. A partir dessa figura mitológica pode-se pensar que na Antigüidade, as atividades técnicas eram vistas como algo que deformava o corpo, sendo que a deficiência presente era uma forma de punir biologicamente o responsável pelo mundo da técnica e da artificialização da natureza. Vemos, nesse caso, que a presença de uma malformação

física era uma punição ao ser humano por ter transgredido as leis da natureza, onde os deuses eram os únicos que podiam nela intervir. Portanto, a deformação física mostrava-se como a marca do castigo estampada no corpo dada aos olhos do Outro.

No decorrer da história da humanidade, a existência real ou imaginária de sujeitos que apresentam corpos (im)perfeitos não é um fato recente. Eles nasceram juntamente com a humanidade e foram representados como a falha de toda uma linhagem, muitas vezes ocupando lugares à margem da sociedade, quando não foram eliminados. Os povos mitológicos, como anões, gigantes, siameses, hermafroditas, seres marcados em sua corporalidade pela falta ou sobra de algo, são há muito conhecidos. E essas figuras do corpo com formas diferentes, sempre exerceram uma função simbólica fundamental, pois ao perturbar os sentidos, especificamente a visão, ele passava a ser pensado como uma aberração, uma folia do corpo, introduzindo paradoxalmente a crença da necessidade da existência da normalidade humana, do corpo "lógico" (LEVIN, 1997; TUCHERMAN, 1999).

De acordo com José Gil (1994), os corpos (im)perfeitos eram vistos na Antigüidade, como "*Monstros*"¹⁰, cuja corporalidade alterada está à mostra, dada a ver. Já para Carmen Soares (2000), eles revelavam os desvios da normalidade, o que estava oculto, o visceral, o que vem de dentro, o que deve ser mantido secreto, não visível, mas apenas pensado. Por ser essencialmente visual, instigam o olhar. Revelam-se e ocultam-se em sua própria corporalidade. Os corpos (im)perfeitos mostram-se à margem das normas aceitas como universais, ao mesmo tempo que

¹⁰ De acordo com Tucherman (1999), o *monstro*, neste sentido, é considerado enquanto categoria corporal, podendo ser real (existência concreta de deformações ou malformações) ou imaginário (como o Frankenstein). Em suas diferentes formas, no entanto, o monstro não está fora, mas no limite do humano, surgindo como uma "desfiguração" do Mesmo no Outro. Por isto "sua definição é instável e sua alteridade é móvel" (p. 100).

expressam o belo e o horrível em sua gestualidade e em seus corpos. Desta forma, despertam sentimentos contraditórios de medo e fascínio em todos aqueles que tentam explicá-los, entendê-los e decifrá-los.

Na Idade Antiga, procurava-se explicar o sujeito diferente em seu comportamento ou corporalidade, como consequência de forças sobrenaturais. A trepanação, isto é, a abertura de um orifício no crânio, praticada nesta época principalmente pelo povo egípcio, sugere a crença de uma concepção demonológica da doença. Os povos que a praticavam, acreditavam que os espíritos malignos do corpo saíssem do corpo pelo orifício aberto no crânio. Neste período, também, observava-se a valorização do aspecto físico, principalmente pelos gregos, o que impedia a aceitação de qualquer tipo de deformidade ou mutilação no corpo (AMIRALIAN, 1986).

Na Idade Média, tornou mais intensa a crença no sobrenatural, onde a prática da magia e as relações com o demônio eram dogmas aceitos, e o ser humano passou a ser considerado como um ser submetido a poderes invisíveis tanto para o bem quanto para o mal. Os nascimentos monstruosos eram considerados como presságios. A deformidade era sinal da presença do Demônio, visto que não poderia ser obra de Deus. Neste período, sob a influência de organizações cristãs, surgiram as primeiras instituições assistencialistas, de caráter segregativo, retirando os portadores de deficiências do convívio com a sociedade (AMIRALIAN, 1986; LEVIN, 1997; TUCHERMAN, 1999; FERREIRA, 2000).

Desde fins da Idade Medieval, tanto as feiras como a rua, tornaram-se espaços de exibição do “corpo como espetáculo”, principalmente aqueles portadores de alterações corporais,

os "freaks"¹¹. Inicialmente eles eram exibidos nas casas e cortes dos príncipes. Foi, então, a Igreja que começou a aumentar a audiência exibindo-os em dias festivos e sob solo sagrado. Posteriormente, o lugar dedicado a eles passou a ser o circo e a feira. As antigas exibições restritas às cortes ou organizadas pela Igreja, como *show* e entretenimento, terá o seu auge no século XIX, quando proliferaram circos e espetáculos itinerantes que deram muitos empregos a pessoas com defeitos congênitos (hermafroditas, anões, gigantes, gêmeos siameses, etc.), como por exemplo o *Barnum & Bailey's Circus* (TUCHERMAN, 1999; SOARES, 2000; JACINTO, 2000).

Este período da história, em que predominava o espetáculo do corpos (im)perfeitos, é retratado no filme *O Homem Elefante*, o qual narra a história de Joseph Carey Merrick. Ele viveu no período de 1862-1890, na Inglaterra, cujo corpo apresentava deformidades decorrentes de uma doença rara denominada Síndrome de Proteu. Merrick torna-se atração num circo, por apresentar formas corporais bizarras, juntamente com outros corpos tidos como desviantes. Seu sofrimento, retrata os estigmas e os preconceitos sociais ligados ao corpo "anormal" e a luta do sujeito com um corpo (im)perfeito em resgatar sua humanidade e sua dignidade.

O advento cultural, no período renascentista, repõe valores clássicos e (re)humaniza a concepção de corpo. No entanto, apesar dos esforços, ainda resistiam valores que relacionavam o corpo (im)perfeito com a deformidade mental. Restou, então, aos portadores de deficiência, a condição de subalternos na sociedade por continuarem a viver à margem de diferentes conquistas locais e sociais. Já no decorrer dos séculos XV e XVIII, com a ênfase no conhecimento científico,

¹¹ *Freak*, de acordo com Tucherman (1999), é a denominação dada às pessoas com graves deformações corporais (anões, gigantes, siameses, etc), que exibiam seus corpos diferentes em feiras realizadas na Antigüidade. Mais

ocorreram muitas mudanças. Através da investigação anatômica e médica, rompe-se com concepções, até então arraigadas sobre a conformação do corpo humano e com isto, surge a preocupação com o indivíduo e a busca de soluções científicas para seus problemas. As deficiências, que até aquele momento histórico eram explicadas por meio de um caráter sobrenatural, passaram a ser analisadas em termos práticos e naturais. Com o desenvolvimento da medicina, surgiram muitas explicações e pesquisas com o intuito de estudar os sujeitos e seus corpos (im)perfeitos. Começaram, também, a ser levantadas objeções com relação aos maus-tratos de que eram vítimas os “possessos”, que a partir de então, passam a ser considerados “doentes” (AMIRALIAN, 1986; FERREIRA, 2000).

De acordo com Alfredo Veiga-Neto (2001), ao longo da Modernidade, as marcas da anormalidade passaram a ser investigadas nos corpos, o que permitiu, então, que esses corpos fossem categorizados a partir de seus desvios, das patologias presentes, das deficiências, das suas qualidades, das virtudes, dos vícios, etc. Esse foi considerado um período de intolerância ao diferente, onde muitas vezes essa atitude mostrava-se encoberta ou recalcada sob o véu da aceitação e da possível convivência "*amigável*". A diferença era pensada como algo que maculava o mundo, na medida em que os diferentes teimavam em aparecer, ou seja, não se mantinham dentro dos limites nítidos e precisos, com os quais o Iluminismo sonhava em organizar o mundo. A diferença, assim, começou a ser vista como desviante e instável, estranha e efêmera, como algo que não se submete à repetição, mas paradoxalmente recoloca a todo o momento o risco e o caos.

Baseado nos estudos foucaultianos, este autor nos afirma que a Modernidade caracterizou-se basicamente por um tempo marcado pela busca da ordem, sendo ela não mais entendida como algo natural, dado *a-priori*, mas que precisava ser produzida, imposta ao mundo natural e social. Desta forma, surgiram uma série de práticas cujo alvo era eliminar a ambivalência, a indefinição, o desenquadramento e o imprevisível. Para tanto, foi necessário a aproximação com o Outro, um (re)conhecimento, para que estabelecesse algum saber acerca desse Outro. A presença de alguma diferença provocava, então, um certo estranhamento, seguido de uma oposição por dicotomia, ou seja, "o *mesmo* não se identifica com o *Outro*, que agora é um estranho" (p.113). O resultado disso não é simétrico, pois entre os dois elementos criados há um diferencial que expressa simbolicamente um poder ativo, mas oculto, que funcionou no simples ato de classificação. Isso significa que tanto o *mesmo* necessita do *Outro* para sua satisfação, tranqüilidade e singularidade, bem como o *Outro* depende do *mesmo* para sua própria segurança e sobrevivência, o que ocorre também com a díade *normal* e *anormal*.

Foi, então, a Modernidade que inventou a lógica binária, utilizando-a para denominar de diferentes modos o componente negativo da relação cultural: o marginal, o indigente, o louco, o deficiente, o homossexual, o estrangeiro, etc. Nessas oposições binárias ocorre implicitamente o privilégio do primeiro termo, sendo o outro secundário na dependência hierárquica, não existindo fora dessa relação, mas dentro dela como uma imagem velada, como sua inversão negativa. Para que essa lógica se estabelecesse, ocorreu uma regulação e um controle do olhar, definindo quem são e como são os outros. Desta forma, nesta época, visibilidade e invisibilidade constituem mecanismos de produção da alteridade atuando simultaneamente nomeando ou deixando de nomear. Os seres humanos, portanto, necessitam desse *outro* para que possam justificar o que são, suas leis, suas instituições, as regras presentes, a ética, a moral e a estética de seus discursos

e suas práticas. O outro diferente funciona como um depositário de todos os males e de todas as falhas sociais, supondo, assim, que a pobreza é do pobre, a deficiência do deficiente, a exclusão do excluído, etc. (DUSCHATZKY e SKLIAR, 2001).

Os estudos de Michel Foucault (2002) sobre o surgimento da *anormalidade*, nos mostram como foi produzida essa categoria social pela sociedade moderna. Para tanto, estudou as imbricadas relações estabelecidas entre o saber e poder de normalização presentes na sociedade, a partir das suas práticas de disciplinamento, as quais tiveram como alvo os loucos, os doentes, os criminosos, os desviantes, etc. Foucault afirma que houve dois grandes modelos de controle dos indivíduos no Ocidente. Um deles foram as práticas de exclusão que iniciaram com os leprosos, ou seja, o modelo do indivíduo expulso para purificar a comunidade. Posteriormente, no final do século XVIII, outro modelo foi reativado, em consequência da peste, que foi o modelo de inclusão do pestífero. Trata-se, então, não mais de uma exclusão, mas de uma quarentena. Não se trata de expulsar, mas ao contrário, de estabelecer, de fixar, de atribuir um lugar, de definir presenças, e presenças controladas. Não mais uma prática de rejeição, mas sim de inclusão, de individuação, de uma tentativa de maximizar a saúde, a vida, a longevidade e a força dos indivíduos, produzindo uma população sadia.

A substituição do modelo de exclusão para o de inclusão é considerado por Foucault como um momento histórico importantíssimo, o qual chamará de "invenção das tecnologias positivas de poder", para as quais

A reação à lepra é uma reação negativa; é uma reação de rejeição, de exclusão, etc. A reação à peste é uma reação positiva; é uma reação de inclusão, de observação, de formação de saber, de multiplicação dos efeitos de poder a partir do acúmulo da observação e do saber. Passou-se de uma tecnologia do poder que expulsa, que exclui, que bane, que marginaliza, que reprime, a um poder que é enfim um poder positivo, um poder que fabrica, um poder que se observa, um poder que sabe e um poder que se multiplica a partir de seus próprios efeitos (2002, p. 59-60).

O emprego dessa técnica geral de "governo" dos seres humanos através do disciplinamento teve como efeito algo que na ótica foucaultiana foi chamado de *normalização*. Esse processo geral de normalização social, política e técnica desenvolveu-se no século XVIII, manifestando seus efeitos no domínio da educação (escolas normais), da medicina (organização hospitalar) e da produção industrial. Mas, o que deve ficar claro é que a norma não é definida por uma lei natural, mas ela é produzida pela exigência e coerção que é capaz de exercer em relação aos domínios que se aplica, ou seja, ela é um elemento a partir do qual o exercício do poder se encontra fundado e legitimado. A norma, então, não tem por função excluir ou rejeitar, pois ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a um tipo de "poder normativo". Sendo que esse tipo de poder não é ligado ao desconhecimento, muito pelo contrário, funciona somente graças à formação de um novo campo de saber (FOUCAULT, 2002).

Todo esse processo de normalização terá como alvo tanto adultos como crianças, porém, no decorrer do século XIX, o domínio terá como alvo principal a anomalia como um problema a ser solucionado. Para Foucault (2002), o anormal constitui em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza (o hermafrodita, os gêmeos siameses, ...). O seu campo de aparecimento, portanto, está no domínio do "jurídico-biológico", ou seja, ele é o limite, o ponto de inflexão da lei, é o que combina o impossível com o proibido, tornando-se um modelo de todas as pequenas discrepâncias. O anormal do século XIX, na perspectiva foucaultiana, é um descendente de três tipos de indivíduos: o monstro, o incorrigível e o masturbador, passando assim de um domínio médico-jurídico para um domínio jurídico-moral. Vemos, desta forma, que a categoria da anormalidade foi produzida por uma sociedade que se preocupava em controlar os desvios, tanto os tidos como

"naturais" como os comportamentais, em discipliná-los e normalizá-los a partir das práticas de inclusão emergentes no período.

De acordo com Márcio Fonseca (2000), uma sociedade que se utiliza de práticas disciplinares e de biopolíticas, atua por meio de ações fundadas na "normalização", a qual supõe um certo tipo de ação sobre os corpos dos indivíduos, sobre a gestão da vida e de seus processos, não tendo como objetivo principal a imposição do respeito às regras, mas a produção de comportamentos e a fabricação de subjetividades e identidades. Portanto, "as sociedades de normalização são sociedades em que se cruzam a norma da disciplina e a norma da população" (p.226). Para o autor,

A disciplina normaliza, pois analisa, decompõe os indivíduos, os lugares, o tempo. Normaliza porque classifica os termos decompostos, estabelece seqüência e ordenações entre eles, fixa procedimentos de adestramento e de controle e, a partir daí, estabelece uma separação entre o "normal" e o "anormal". A normalização disciplinar, portanto, consistiria em se definir um modelo ótimo (a norma) e tentar tornar as pessoas, gestos, atos, conformes a este modelo (p. 227).

A norma, desta maneira, mostra-se extremamente útil para o biopoder, pois ela coloca-se ao mesmo tempo sobre um corpo individual e sobre um corpo coletivo (população), apresentando-se como uma regra de conduta, como oposição à irregularidade e à desordem, e de outro lado como regularidade funcional, como oposição ao patológico e à doença. E além disso, a norma permite tirar da exterioridade os perigosos, os desconhecidos e os bizarros, capturando-os e tornando-os mais familiares, acessíveis e controláveis, fazendo do "desconhecido" um "conhecido anormal", ou seja, colocando o anormal na norma, enquadrando-o. Isso faz com que mesmo o anormal se opondo ao normal, ambos estão na norma, pois ninguém escapa dela (VEIGA-NETO, 2001).

Todos nós, portanto, desde a Modernidade, somos produzidos incessantemente por técnicas e estratégias de normalização, como forma de compensar *déficits* provocados pela velhice, pela doença, pela loucura, entre outros, procurando corrigir seus desvios e negar a diversidade da vida, procurando sempre tornar o diferente o mais próximo da norma, o imprevisível cada vez mais previsível. Para Fabíola Rohden (2001), a medicina teve um papel fundamental nesse processo de normalização e controle sobre o corpo e sobre a vida das pessoas na medida em que o conhecimento produzido a partir dos tecidos corporais é o que dará a base sólida para o conceito de doença, assim como permitirá a futura elaboração da distinção entre o normal e o patológico.

Segundo a autora, os hospitais, por sua vez, também se reformulam baseados na categorização das doenças, criando unidades distintas, como por exemplo as salas de operações, o laboratório e o pavilhão de isolamento, onde os doentes passaram a ser distribuídos no espaço de acordo com as suas patologias. Ocorre, portanto, a produção do doente como um personagem social, onde ele aparece tanto individualmente como fazendo parte de um estatuto coletivo. Caminha-se, então, para a criação de novas especialidades médicas que possam atender a demanda crescente provocadas pelas doenças da civilização (alcoolismo, doenças venéreas, tuberculose, entre outros), na luta contra a degenerescência. O médico passa a ser identificado com a imagem da eficácia e da veracidade dos princípios científicos, onde o paciente deixa de seguir conselhos para obedecer ordens. Desta forma, o médico torna-se praticamente um "sacerdote" tendo em suas mãos poderes normativos, ou seja, ele acredita ser capaz de enunciar as regras que a sociedade deve seguir.

Convivemos, então, há muito tempo, com as descobertas da medicina que transformaram o corpo humano, com os avanços tecnológicos que povoam nossas vidas na contemporaneidade na luta contra nossa efemeridade, com práticas de normalização e disciplinamento que nos capturam incessantemente, com os riscos que corremos para nos mantermos jovens e saudáveis, com toda essa complexidade que é viver. Na verdade, o mais importante disso tudo são os usos que fizemos e os efeitos que produzimos nos corpos humanos com toda essa bagagem de conhecimento construído a seu respeito. Razão pela qual cabe indagar: De que forma significamos as marcas corporais identificadas como diferentes, estranhas ou (im)perfeitas? Que sentidos produzimos a partir delas? Talvez seja necessário perceber que ainda procuramos tornar o "Outro" o mais familiar possível, o toleramos desde que possa seguir as nossas regras.

Séculos se passaram, mas o corpo (im)perfeito ainda causa um certo estranhamento, um certo desconforto, pois ele de alguma forma nos mostra, o tempo todo, o que um dia poderemos vir a ser. Apesar de não suportarmos ser completamente iguais, também não suportamos ser completamente diferentes, e nessa dualidade vivemos o tempo todo produzindo nossos corpos para torná-los mais perfeitos, eficientes e saudáveis, e em contrapartida, também buscamos a todo momento minimizar nossas deficiências, nossas imperfeições e nossas doenças. Resta-nos, portanto, pensar no que a sociedade moderna fez com o "Outro", com o estranho, com o (im)perfeito. Também, devemos nos propor a pensar na atualidade o que, de fato, nossas sociedades estão fazendo com seus Outros e, fundamentalmente, o que nós estamos fazendo desse Outro, ou seja, daquele que aos nossos olhos nos parece paradoxalmente igual a nós e ao mesmo tempo tão diferente.

1.4 O homem inventou a técnica e por ela foi (re)inventado

*"O homem novo continua sendo um ideal,
mas agora ele deve ser fabricado no laboratório,
em vez de ser um produto social"
(ROUANET, 2003, p.40)*

Ainda refletindo sobre a formação de um campo de saber, vimos que toda produção de conhecimento realizado pelo ser humano a respeito de si mesmo, da natureza e do mundo teve como aliado o uso da técnica, como um meio de agir, conhecer, produzir e transformar a si, os outros e o seu entorno. Por esta razão, torna-se imprescindível nessa dissertação falar dos usos das técnicas, dos objetos técnicos e da tecnociência, tomando-as como instrumentos criados pelo ser humano, coadjuvantes nos processos de transformação operadas nos seus corpos e em suas próprias vidas.

Para Adauto Novaes (2003), a relação estabelecida entre "ciência-corpo", na perspectiva de Foucault, não é algo novo, pois desde a Renascença o corpo humano tem sido fonte de investimento da ciência emergente. Inicialmente as técnicas empregadas permitiram desvelar sua pele, depois outras camadas, até chegar aos músculos e tendões. Por fim, o crânio foi aberto, deixando exposto o "órgão da alma", centro regulador desta máquina-corpo formada de músculos e ossos. O desenvolvimento das artes mecânicas permite a construção do mito do homem artificial, inspirado no *homem-máquina* de La Mettrie, no ano de 1709. Se os animais eram máquinas, como afirmava Descartes, meros autômatos governados pelas leis da física e destituídos de qualquer tipo de consciência, para La Mettrie os homens também o eram, pois não havia nenhuma prova da existência da alma que pudesse diferenciar ambos organismos. Após um

período onde a técnica mais utilizada para o desvelamento do corpo humano era a dissecação de cadáveres e experiências em anatomia, vemos os séculos XX e XXI serem dominados pela teoria celular da biologia e pela patologia celular na medicina, culminando finalmente com a ciência decifrando o código genético, levando o século XXI a entrar de maneira irreversível na era das biotecnologias.

Vemos, então, que no transcorrer dos séculos o corpo e a natureza caminham em direção ao artifício. Na concepção do estudioso da cibercultura, André Lemos (2002), o fenômeno técnico nasce junto com o ser humano, sendo posteriormente enquadrado pelo discurso filosófico e a noção propriamente dita de *tekhnè* (arte, saberes práticos), para finalmente entrar no processo de cientifização, a partir do surgimento da tecnociência, ou o que na atualidade é conhecida como tecnologia. Para o autor, a técnica desempenha um papel relevante na formação do ser humano, pois ela é a responsável pela criação da segunda natureza, ou seja, a cultura, num processo de desnaturalização do ser humano.

Em sua acepção original e etimológica, a palavra "técnica" vem do grego *tekhnè*, podendo ser traduzida por arte. Ela compreende todas as atividades práticas, desde a elaboração de leis, a habilidade para contar e medir, a arte do artesão ou do médico, bem como a confecção do pão, as artes plásticas ou belas artes, sendo estas últimas consideradas a mais alta expressão da tecnicidade humana. *Tekhnè* é também um conceito filosófico que visa descrever os "saber fazer humano", desempenhando um papel fundamental na formação do ser humano, estabelecendo com ele uma relação simbiótica, onde são sabemos ao certo quem é o seu inventor e quem foi inventado (LEMOS, 2002).

Uma das invenções produzidas pela técnica, vêm a ser os "objetos técnicos", ou seja, eles mostram-se como um prolongamento da atividade humana neles concretizada. Eles são fabricados por meio da ação externa do ser humano, como algo artificial, configurando-se como produtos que imitam, sendo reproduzidos como cópia, imitação ou simulacro, possuindo segundo Aristóteles, o princípio de vir a ser. Progressivamente, os objetos técnicos perdem a sua característica de artificialidade ao serem incorporados à vida cotidiana dos indivíduos, ocorrendo dessa forma a sua naturalização, o que impulsiona em contrapartida a uma artificialização do homem e da natureza, não sendo mais possível pensar a existência do ser humano e da cultura fora desse processo interativo (ARAÚJO, 1998; LEMOS,2002; SIMONDON, 1998).

Em sua existência, os seres humanos ao nascerem já incorporam diversos aparatos técnicos, tais como: chupetas ortodônticas do recém-nascido e mais tarde os relógios, por exemplo, os quais não sendo naturais, apresentam como principal característica a artificialidade. No entanto, essa característica "artificial" passa a ser naturalizada na medida que esses objetos são incorporados às suas vidas, fundindo-se a elas, fazendo parte de uma realidade da qual já não se consegue dissociar. Sendo, então, os objetos técnicos inventados pelo ser humano e para seu uso, eles nada mais são do que sua extensão no mundo. Portanto, o ser humano torna-se cada vez mais dependente do objeto técnico, ciente que o mesmo provoca transformações de forma abrangente em sua vivência (BONI, s/d).

Entendo, desta forma, que a técnica é fruto da invenção humana e que, por meio dela o ser humano procurou compreender e domesticar tanto a natureza como a si próprio. Michel Foucault, ao tratar das técnicas que são colocadas em prática pelos sujeitos refere quatro grupos, assim constituídos:

1) As técnicas de produção graças as quais podemos produzir, transformar e manipular os objetos; 2) as técnicas de sistemas de signos, que permitem a utilização de signos, de sentidos, de símbolos ou de significação; 3) as técnicas de poder, que determinam a conduta dos indivíduos, submetendo-os a certos fins ou à dominação, objetivando o sujeito; 4) as técnicas de si, que permitem aos indivíduos efetuarem, sozinhos ou com ajuda de outros, um certo número de operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser (1994, s/p).

Tomando como referência esse estudo de Foucault sobre os usos da técnica, fica evidente que cada uma está associada a uma forma de dominação, o que implica em determinados modos de educação e de transformação dos seres humanos, de seus corpos e de suas vidas, para que adquiram certas aptidões, mas também certas atitudes. O corpo educado passa a ser uma demonstração da civilização. Portanto, todo o investimento realizado sobre os corpos produziram efeitos nos modos de ser dos sujeitos, disciplinamentos, algo de artificial, num processo interativo com aparatos técnicos colados aos seus corpos ou distribuídos em seu entorno. O corpo, então, necessita ser atualizado e (re)produzido continuamente pelas mãos da ciência, da técnica e do próprio ser humano, como um símbolo móvel da sociedade a qual pertence.

Essa afirmação permite compreender que tanto os usos das técnicas como os corpos produzidos por ela modificam-se no transcorrer da história. Os objetos técnicos "inventados" em determinado período histórico trazem consigo o imaginário que o tornou possível. Na visão de Georges Vigarello (1995), "a mão previne e guia a natureza" , utilizando-se para isso de *panóplias corretivas* , ou seja, moldes ou tutores tidos como instrumentos corretivos. No decorrer do século XVII, o arsenal terapêutico expande-se consideravelmente com a construção de engenhos que visam "endireitar". O novo pensamento mecanicista vigente nesse período emprega sua fecundidade sobre o corpo, transformando-o em máquina. Porém, esses instrumentos corretivos não ficam restritos aos limites da medicina, sendo utilizados também com objetivos

pedagógicos. Surgem, assim, os espartilhos e aparelhos de sustentação com o propósito de preservar e modelar o corpo, impondo a ele uma norma.

Estes aparelhos são exemplos concretos de objetos técnicos que foram construídos com o propósito de operar modificações nos corpos humanos, ou seja, foram destinados ao endireitamento tanto corporal (ortopédico) como moral. Para Carmen Soares e Alex Fraga (2003), as "*pedagogias dos corpos retos*" vigoraram no decorrer do século XVII até meados do século XVIII, produzindo a imobilidade corporal através da ampla utilização de artefatos, tais como: as cruces de ferro, tutores, alavancas, espartilhos, entre outros. Esses últimos, por exemplo, eram utilizados pelas mulheres aristocratas e burguesas, tendo como função não somente endireitar, mas também marcavam uma diferença de classe entre a elite e o povo. Já no final do século XIX e início do século XX, as preocupações com o corpo e sua funcionalidade mostravam o receio da sociedade com relação à degeneração física e moral das populações, sendo que as técnicas de intervenção sobre ele se modificaram, não prevalecendo mais a imobilidade, mas sim experimentações guiadas pela biomecânica e a termodinâmica, na busca de um corpo belo, jovem e útil.

O progresso tecnológico não se limitou a produzir transformações nos corpos humanos e seus modos de ser, mas também na sua vida em sociedade. As mutações técnicas tornam-se cada vez mais globais, expandindo pelo mundo Ocidental a nova tríade: metal, carvão e máquina a vapor. A aplicação da técnica expande-se a todos os domínios da vida social no auge na Revolução Industrial. O progresso na Modernidade já não é um possível devir, mas algo que está se concretizando pela transformação tecnológica do destino humano. No final do século XIX, ocorre uma outra revolução industrial, onde temos a criação de um novo sistema técnico baseado

na eletricidade, no petróleo, no motor à explosão e nas indústrias de síntese química, florescendo também, novos meios de transporte e de comunicação (telégrafo, rádio, telefone e cinema), possibilitando a emergência, depois da Segunda Guerra Mundial, da energia nuclear, da informática e da engenharia genética (LEMOS, 2002).

O ambiente técnico paulatinamente foi crescendo, se expandindo até se converter em uma nova natureza: a cidade, o urbano e o artificial tornam-se o meio "natural" onde os seres humanos vivem e são produzidos. A técnica, assim entendida, não saiu do laboratório, mas foi ele que se dilatou: o tamanho do laboratório tecnocientífico passou a ser do tamanho do mundo. A tecnologia conquista o planeta Terra, redefine os territórios por meio de estradas de ferro, das redes elétricas, das turbinas, usinas, entre outros aparatos tecnológicos. A miniaturização das técnicas permite equipar o corpo humano. Da mesma forma que o corpo humano tido como "natural" foi considerado inútil, aos poucos suas performances também serão consideradas ultrapassadas. Cada órgão seu será considerado como sendo primitivo face às próteses técnicas capazes de potencializar suas performatividade. Passamos a viver uma espécie de endocolonização tanto da população como do corpo humano, onde ambos são investidos continuamente pela técnica. Podemos, assim, afirmar que tanto o ser humano quanto o planeta foi exposto à técnica, perdendo para sempre seu caráter "natural", pois hoje o natural é ser artificial (VIRILIO, 1998).

Conforme Paula Sibilia (2002), na contemporaneidade, a tecnociência almeja ultrapassar as limitações impostas pela materialidade biológica ligadas ao corpo humano, as quais são vistas como obstáculos orgânicos que restringem as potencialidades e as ambições dos homens. Disposto a romper essa barreira imposta pela temporalidade humana, o armamento científico-

tecnológico coloca-se a serviço da reconfiguração do que é vivo, lutando contra o envelhecimento e a morte. As inovações tecnocientíficas na atualidade, então, mostram-se em condições de redefinir todas as fronteiras e todas as leis, tratando os seres "naturais" preexistentes como matéria-prima manipulável, fazendo as mais diversas combinações do orgânico e do inorgânico, do natural e do artificial. É a biopolítica foucaultiana sendo atualizada na sociedade contemporânea, por outros tipos de mecanismos tecnológicos, mas que preserva como meta a ser atingida o investimento no corpo humano com o propósito de prolongar sua vida e sua funcionalidade.

Tanto as inovações tecnológicas quanto os avanços científicos “penetraram nos corpos” e nos estilos de vida levados pelos sujeitos no decorrer da história da humanidade. O surgimento da microbiologia, da robótica e da genética possibilitaram aos sujeitos acreditarem com mais ênfase, nas promessas realizadas pela higiene e pela eugenia de um corpo fisiologicamente perfeito. Hoje convive-se com a sensação de término dos espaços desconhecidos do corpo e do mundo, onde a ação de satélites gigantes e o uso de “chips” portáteis diminuem as distâncias e atingem regiões e culturas diversas. O corpo passou a ser visto como o campo preferido das experimentações biotecnológicas e dos investimentos da economia de mercado (SANT'ANNA, 2001; SOARES, 2001).

O poder investido sobre os corpos, o biopoder que Michel Foucault, enfatiza e sustenta, teve como meta aumentar a vida, prolongar sua duração, desviar seus acidentes e compensar suas deficiências. Na atualidade, vemos nas formas de biopoder intensificadas o desejo de aumentar, prolongar, multiplicar a vida, como também desviar, compensar, corrigir ou alterar suas deficiências, agora vistas como "erros digitais" inscritos nos códigos genéticos dos seres

humanos. Hoje convive-se com a promessa de "dominar o imprevisível", sendo esta uma das qualidades originais da produção biopolítica, ou seja, "controlar" a probabilidade dos eventos biológicos, compensando seus efeitos. Mas, hoje também temos que administrar os riscos (à saúde, à vida, à juventude), sendo essa uma nova forma de mecanismo de controle ligado ao biopoder, onde as probabilidades de adoecer e morrer, devem ser conhecidas, controladas e modificadas. Portanto, conforme "mudam as práticas e os alicerces do biopoder, também se transformam as verdades e as formas jurídicas que os sustentam (SIBILIA, 2002).

Para Le Breton (2001), o corpo passa, então, a ser visto como uma representação provisória, um "objeto transitório e manipulável", mais um "acessório de presença", uma "matéria-prima" moldável e submetida ao *design* do momento, assujeitado a muitas aparências. Transformou-se numa "proclamação momentânea de si mesmo", pois, na medida em que o sujeito não pode mudar suas condições existenciais, torna-se mais fácil mudar o corpo de muitas maneiras. Muitas pessoas, também, sonham com a possibilidade de controlar não somente seus corpos, mas as qualidades genéticas ou morfológicas da criança, antes mesmo dela nascer. Conforme o autor, "os organismos geneticamente modificados, as manipulações genéticas, os exames pré-natais, a clonagem, o tema da criança perfeita" fazem parte de um mundo que se transforma em dupla velocidade (p.23).

A busca pelo ser humano perfeito faz com que "butiques de sêmen" sejam cada vez mais procuradas por aqueles que desejam escolher todas as características desejáveis no bebê, como sexo, raça e até mesmo aptidões. O cardápio de doadores é variado, sendo possível escolher conforme a etnia, profissão, tipo sanguíneo, peso, altura, cor dos olhos e cabelos, etc. Na internet é possível encontrar desde mães de aluguel até a venda de óvulos de "beldades". A inseminação

artificial criada como uma possibilidade para casais que não podiam gerar filhos tornou-se, atualmente, uma técnica escolhida para gerar filhos perfeitos, permitindo que sejam descartados aqueles que, por ventura, não se encaixem nos pré-requisitos estabelecidos pelos futuros pais, ou mesmo os que forem portadores de alguma alteração genética (TEICH e OYAMA, 1999). Desconsidera-se, sob este ponto de vista, a influência sociocultural no desenvolvimento do sujeito. A possibilidade de manipular os genes na busca do ser humano perfeito, mostra a ênfase, ainda muito forte, de considerar o desenvolvimento do sujeito como consequência somente de sua herança genética.

O filme *Gattaca, a experiência genética*, uma ficção científica produzida por Andrew Niccol, em 1997, mostra os efeitos sociais e culturais produzidos pela manipulação genética dos seres humanos, retratando o impacto cultural desse tipo de intervenção na sociedade, cujos destinos dos sujeitos passam a ser decididos antecipadamente, na busca do ser humano geneticamente perfeito. Forma-se, assim, uma nova categoria de excluídos sociais, ou seja, aqueles que nasceram por meio da relação sexual entre seus progenitores (os “filhos de Deus”, os “degenerados”), cujo código genético não é perfeito, nem pode ser manipulado, como os nascidos da fecundação *in vitro*. Mas, como o corpo sempre foge do controle da biotecnologia, o sujeito que apresenta um código genético perfeito, pode vir a ter o seu corpo biológico preso numa cadeira de rodas devido a uma lesão nas pernas que o deixou paraplégico. Coabitam, então, um corpo imperfeito e um código genético perfeito, gerando um enorme conflito para o sujeito que o carrega consigo, levando-o ao suicídio.

Impelida pelos progressos tecnológicos operados no corpo, desencadeia-se um processo denominado por alguns autores de hibridização. Para Luiz Alberto Oliveira (2003),

estamos devindo, estamos passando a ser centauros, começamos a nos converter em híbridos de *humano e inumano*. As três grandes promessas de inovação tecnológica para o século XXI, a saber, a *robótica* (a produção de sistemas capazes de comportamento autônomo, a *biotecnologia* (a manipulação dos componentes dos seres vivos, incluindo seu código genético) e a *nanotecnologia* (a fabricação de dispositivos moleculares), têm como fundamento comum a crescente capacidade de manipular objetos infinitesimais, contudo, seus campos de aplicação incluem, decididamente, desde a partida, *nossos próprios corpos e espíritos*. Estamos a caminho de poder *redesenhar a forma humana* (p.167-68).

Com o enriquecimento de seus saberes, com a audácia de suas experiências práticas, com os seus discursos e suas propostas, a natureza foi vencida pela atividade humana. Nesse processo de hibridização com a tecnologia, o corpo humano passa, então, a ter a possibilidade de se livrar de sua finitude natural da vida. Com poderes que antes só eram possíveis aos deuses, na contemporaneidade os "engenheiros da vida" se propõem a reformular o mapa de cada ser humano, alterando seu código genético e ajustando a sua programação. Podemos citar como exemplos desse tipo de atuação das tecnologias contemporâneas, o Projeto Genoma Humano e a Inteligência Artificial (SIBILIA, 2002). Também nos deparamos com intervenções tecnológicas no corpo tornando-o como uma obra de arte, tais como o australiano Sterlac, um dos principais representantes da *body art*, e Orlan, representante da *carnal art*, exibindo a operação plástica como uma performance pública. Temos também os corpos "plastinados" do professor de anatomia, o alemão Gunther Von Hagens, expostos desde 1996 em vários países da Europa e Ásia. Ele desenvolveu uma técnica moderna de mumificação dos corpos humanos através da injeção de uma resina sintética, após retirar toda água e gordura presentes. Tanto a vida como a morte foram, por eles, transformadas num espetáculo público.

Entramos na era ciborgue de Donna Haraway, conforme analisa Alex Fraga (2001), ou do "pós-humano", onde a construção científica e tecnológica do corpo, transgride as fronteiras entre o natural e o artificial, o orgânico e o não-orgânico. Desta forma, as simbioses entre o corpo e a

máquina tornam-se parte da vida cotidiana de muitos sujeitos contemporâneos. Visto como uma grande “confusão de fronteiras”, surge uma nova espécie, onde o corpo, hoje, pode ser constituído pelo hibridismo entre humano e máquina: “cyborgizados” tanto pelo “acoplamento” à máquina, utilizando próteses, tais como: óculos, lentes de contato, silicones, entre outros, ou por meio de outras hibridizações que aumentam suas capacidades funcionais, como, por exemplo, as roupas de natação que diminuem o atrito na água (SANTOS,1999).

Não se pode negar, então, que ao mesmo tempo que a ciência desencanta o mundo com sua positividade e racionalidade, ela também realiza milagres. Graças aos avanços tecnológicos o cegos poderão *ver*, a memória humana poderá ser gravada em *chips*, o indivíduo poderá ser (re)criado pela manipulação científica, como também, doenças poderão ser anunciadas por antecipação. Outras conquistas biotecnológicas também são muito importantes, tais como: os marcapassos, os respiradores artificiais utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva, os aparelhos produzidos para auxiliar os portadores de deficiência motora a locomoverem-se e a comunicarem-se. E, quando a técnica utilizada não acoplar corpos e máquinas, poderá realizar outros tipos de intervenções, como, por exemplo, o transplante de órgãos ou as cirurgias plásticas (TUCHERMAN, 1999; NOVAES, 2003).

Uma das questões mais importantes a serem respondidas na contemporaneidade é justamente essa: Onde termina o humano e onde começa a máquina? Os seres humanos estão se tornando, em variados graus, artificiais. A utilização cada vez maior de implantes, transplantes, enxertos, próteses, anabolizantes, vacinas, psicofármacos, entre outros, fazem com que as limitadas qualidades e as evidentes fragilidades dos humanos sejam superadas. Os corpos desviantes, marcados por uma perda ou excesso corporal, permitem-se, hoje, acompanhar este

ritmo transformador da contemporaneidade, acoplando-se a máquinas, superando uma determinação do destino, excluindo-se da definição de impossibilidade de ação, fugindo da identidade fixada na patologia, transbordando seus limites corporais, procurando novas formas de habitar seus corpos. Constroem-se, assim, novas identidades pós-modernas, tais como os Clones, Superatletas, Supermodelos, Superguerreiros, entre outros “ciborgues”, ou seja, surgem novas formas de presença corporal, outros estilos de ser, num contínuo processo de devir-humano (TUCHERMAN, 1999; SILVA, 2000).

Nas novas configurações dos corpos humanos e de suas subjetividades, parece que os nervos alterados e os genes alteráveis, venceram os músculos cansados da sociedade industrial. Os "corpos dóceis" e úteis de Foucault buscaram inspiração no modelo mecânico do robô e hoje, parecem cada vez mais se "digitalizar". Investidos pelas novíssimas próteses teleinformáticas e biotecnológicas, os corpos contemporâneos, cuja "essência" é considerada imaterial, transformaram-se em "corpos plugados", ávidos, antenados, ansiosos e sintonizados, e sem sombra de dúvida, mais úteis do que nunca, intimados a maximizarem a sua plasticidade e a sua capacidade de reciclagem (SIBILIA, 2002).

Para Edvaldo Couto (2003), o desafio que está colocado na atualidade, é o de projetar, construir e atualizar continuamente o corpo humano pela tecnologia, onde o artifício e a técnica passam a ser a sua nova "natureza" As inúmeras transformações pelas quais os corpos estão passando e ainda passarão, apresentam um conjunto de promessas, temores, sonhos e realizações completamente novas, em busca da utopia do corpo perfeito. O que mais se deseja é que cada parte do corpo possa ser trocada, refeita ou reconfigurada, ou seja, que as "peças" envelhecidas, cansadas ou doentes possam ser substituídas, atualizadas ou potencializadas.

Parece-me, então, que hoje em dia todo sacrifício é válido para tornar o corpo humano livre de sua efemeridade, da sua imperfeição. Naturalizamos a "artificialidade", a provisoriedade do corpo, nos tornamos produtores de nós mesmos. Compartilhamos nosso cotidiano com inúmeros aparatos técnicos, carregamos junto ao nosso corpo inúmeras próteses, tais como: as "pernas mecânicas" utilizadas pelos indivíduos amputados, ou simples acessórios como os óculos, relógios, roupas, entre outros. Estamos a todo momento (re)inventando novos modos de ser, de habitar nossa corporalidade, de apagar as marcas do tempo, de otimizar nossa eficiência e de minimizar nossas deficiências. Ostentamos o corpo como um acessório da moda que deve ser atualizado constantemente. Construímos, desta forma, novas formas de inclusão/exclusão, ou seja, o atual é o corpo "não-natural", os outros são considerados obsoletos aos olhos da contemporaneidade.

2 CAMINHOS INVESTIGATIVOS

2.1 Escolhas Metodológicas

Construir um caminho investigativo é realizar opções dentre tantas possíveis, opções que permitam costurar fragmentos, aliar os pressupostos teóricos com os dados empíricos coletados no decorrer da trabalho de campo e, a partir deles, tecer reflexões e produzir um texto que possibilite representar a realidade estudada, bem como mostrar a minha vivência como pesquisadora. Ao descrever os caminhos por mim percorridos por alguns labirintos do corpo e as ferramentas de pesquisa que utilizei nessa trajetória, as quais viabilizaram escrever esta dissertação, eu me posiciono diante do Outro, explicito o meu ponto de vista, pontuo o lugar de onde falo (GUARESCHI, 2003).

Como afirma Sandra Corazza (2002) e Aurélio Guerra Neto (2002), toda prática de pesquisa constitui-se como um ato de criação e, portanto, algo particular, na medida em que representa a maneira de pensar, de sentir, de desejar, de interrogar e de suscitar acontecimentos estabelecidos pelo pesquisador. Nessa perspectiva, ela é da ordem da criação, não estabelecendo nada *a priori*, não seguindo, necessariamente, um modelo único e "engessado" de olhar o fenômeno estudado. Desenvolver uma prática de pesquisa dessa forma, é não temer as incertezas, nem receiar deixar em suspenso algumas inquietações. Nesse sentido, não há repetição, cópia ou modelo a ser seguido, mas referências, preferências e encontros circunscritos ao contexto estudado.

O ato de pesquisar apresenta, então, um caráter processual, numa aceitação plena do dinamismo, historicidade e contextualidade implícita do nosso conhecimento sobre o mundo. Inscreve-se como uma prática social onde pesquisador e participantes são considerados colaboradores na produção do conhecimento, pois esse não é algo que se possui, mas que se constrói em coletividade. Dar sentido ao mundo é, assim como pesquisar, um processo interativo que faz parte da nossa condição humana, inevitável na vida em sociedade. É pela ruptura com o habitual, problematizando aquilo que nos é natural, que se torna possível dar visibilidade aos sentidos. Portanto, estamos a todo momento em nossas pesquisas, convidando tanto o leitor como os colaboradores que dela participaram, à produção de sentidos e à construção de novos significados para as nossas vivências (SPINK, 2000).

Assim, entendo que o conhecimento construído no decorrer desta investigação retrata o momento que o estudo foi realizado, sendo ele provisório, contextualizado no espaço e no tempo, como uma das possíveis formas de olhar para o fenômeno pesquisado, não constituindo portanto, uma verdade unívoca e incontestável. Nessa perspectiva, ao produzir esta dissertação, busquei fazer das palavras um texto, dando-lhe uma forma, e fazer dos corpos amputados, tema central desse estudo, um texto a ser lido sob a luz dos Estudos Culturais e sócio-históricos sobre o corpo. Procurei nesse referencial teórico, embasamento para analisar *Os Significados Produzidos pelos Indivíduos sobre seus Corpos e suas Vidas Cotidianas ao se Tornarem Amputados e Usuários de Prótese*. Esse foi, portanto, o lugar por mim escolhido para realizar as descrições, reflexões, interpretações e seus devires sobre essa temática.

Os Estudos Culturais, cujos pressupostos teóricos são a base desta dissertação, caracterizam-se por ser um campo de estudo para o qual convergem diferentes saberes, os quais

têm como ponto central a produção de conhecimentos sobre a cultura humana contemporânea. Sua principal característica é a interdisciplinariedade, e por esta razão, utilizam metodologias plurais de trabalho, numa "bricolagem", cuja prática é guiada e contextualizada pelas questões de pesquisa realizadas, permitindo assim, que o pesquisador trilhe o caminho que considerar mais plausível para o projeto particular de investigação.

Como afirma Neusa Guareschi (2003), essa perspectiva teórica permite:

Analisar como os sujeitos compreendem a si mesmos dentro da cultura e como o conhecimento acerca do social, do indivíduo corporificado e dos significados que estes compartilham em grupos/comunidades específicas são produzidos nos diferentes momentos históricos (p.45).

Essa forma de vislumbrar o ser humano e suas produções, privilegia experiências socialmente localizadas, práticas cotidianas, olhando para os indivíduos que pertencem a culturas que são comumente privatizadas, estigmatizadas ou silenciadas. Desta forma, olham para a cultura não como algo dado, mas como um lugar onde tudo é produzido, onde os indivíduos são subjetivados, estão "em processo". Os Estudos Culturais assumiram, assim, o papel de "testemunha", dando voz aos significados que estão sendo construídos no aqui e agora, utilizando-se de múltiplas ferramentas que permitem ao pesquisador dar novos sentidos ao fenômeno observado (JOHNSON, 1999; ESCOSTEGUY, 1999).

Ceres VÍctora (2000) compartilha essa afirmativa, na medida em que para ela os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam e são continuamente produzidos. Desta forma, no decorrer de minha trajetória investigativa, procurei utilizar ferramentas que me permitissem coletar dados significativos da vida dos participantes. Para que isto se efetivasse, eu necessitava

de uma interação direta com os mesmos e, por esta razão, escolhi a observação participante, o diário de campo e a entrevista semi-estruturada como as ferramentas que nortearam minha pesquisa de campo. Essa vivência compartilhada com os participantes, permeada de trocas simbólicas significativas, permitiu constatar que seus corpos, muitas vezes, falaram mais que os próprios depoimentos por mim gravados.

Optei pela observação participante, por se tratar de um procedimento de coleta e organização de informações que poderia ser utilizado diretamente no contexto real onde foi desenvolvida a investigação. Esta forma de atuar, pressupõe que o pesquisador não participa dos acontecimentos, apenas observa-os e registra-os no momento em que ocorrem. Nesse caso, mesmo sabendo da impossibilidade de neutralidade do pesquisador, sua função limita-se a coletar os dados sem interferir diretamente nas ações empreendidas pelos participantes (NEGRINE, 1999).

Ao privilegiar a entrevista como sendo, também, uma prática de pesquisa relevante para o estudo que desenvolvi, considerei-a como uma situação relacional por excelência, na medida em que entendi que os participantes da pesquisa são pessoas ativas no processo de produção de sentidos, onde a intersubjetividade é usada como um recurso a mais. Desta maneira, pode-se afirmar que a interação não inclui apenas alguém que fala e um outro que ouve, mas todos os outros que ainda falam, que ainda ouvem ou que, imaginariamente, poderão falar ou ouvir. Sob esse ângulo, muitas vezes se fizeram ouvir durante as entrevistas, incluindo interlocutores presentes e ausentes (PINHEIRO, 2000; SPINK, 2000).

Para Mary Jane Spink (2000), a delimitação do grupo a ser investigado, também constitui uma etapa relevante do caminho investigativo a ser seguido. Como o objetivo desse estudo era compreender como os indivíduos tinham elaborado as transformações ocorridas em seus corpos ao amputarem a perna e ao terem se tornado usuários de prótese, busquei definir algumas características individuais como pré-requisitos para elegibilidade do grupo de participantes da pesquisa. Desta forma, considerei como principal critério de inclusão na pesquisa o indivíduo portador de uma amputação adquirida, ou seja, secundária a algum tipo de trauma, como por exemplo um acidente, ou patologia, como a diabete, excluindo aqueles que tivessem nascido com alguma malformação, pois pretendi trabalhar na investigação com a perspectiva de "tornar-se um amputado". Considerei, também, como critérios de inclusão: que o indivíduo deveria ser maior de idade; ambos os sexos poderiam participar do estudo; o indivíduo poderia ser amputado de membro inferior ou superior, mas deveria estar passando pelo processo de protetização ou já ser usuário de prótese. Ciente de que esse perfil definido *a priori* poderia sofrer algumas modificações, achei mais sensato coletar, no local onde seria desenvolvida a pesquisa, maiores informações que auxiliassem numa melhor delimitação do grupo participante do estudo.

Após ter realizado a escolha e a delimitação do perfil do grupo participante da pesquisa, foi necessário definir o local onde o estudo seria desenvolvido. Nesse período de delineamento do trabalho de campo, me deparei com uma reportagem veiculada no Caderno Vida¹² do dia 30 de novembro de 2002, que falava de um trabalho desenvolvido por uma clínica privada localizada em Porto Alegre com pacientes amputados, visando a sua reabilitação e protetização. De posse

¹² O *Caderno Vida* é um encarte veiculado aos Sábados no Jornal Zero Hora que trata de temáticas relacionadas a saúde, estética, reabilitação, novas descobertas da ciência, atividade física, entre outros assuntos. Nessa reportagem denominada *Troca de experiências: grupo de pessoas que tiveram membros amputados se reúne em Porto Alegre para compartilhar vivências* eram evidenciados os depoimentos de profissionais e pacientes dessa clínica, onde narravam suas experiências com a amputação e o processo de protetização. A matéria fazia referência, também, a existência de um grupo que se reunia mensalmente na clínica

dessas informações, realizei o contato com o local, apresentei a proposta de pesquisa e, ao obter o consentimento dos profissionais responsáveis pela clínica, dei início ao trabalho de campo.

Guiada, então, pelos Estudos Culturais, construí meu caminho investigativo e, ao percorrer essa longa trajetória, procurei responder as seguintes questões norteadoras da pesquisa: Quais os significados que os indivíduos tinham construído de seus corpos antes e após a amputação? De que forma tinham elaborado a transformação ocorrida em seus corpos ocasionada pela amputação? Como se sentiam sob o olhar do Outro após a amputação e a protetização? Como tinham incorporado a prótese em suas vidas cotidianas?

Para responder a tais inquietações, participei de alguns momentos da rotina de tratamento que os pacientes da clínica realizavam semanalmente, o que me possibilitou ouvir muitas histórias narradas por eles, compartilhar muitas experiências, enfim, refletir sobre o universo que para mim se desvelava naquele momento.

2.2 Pesquisa de Campo

O primeiro contato que realizei com a clínica onde desenvolvi o estudo, a Ortopédica Catarinense¹³, ocorreu após a divulgação da reportagem no Caderno Vida da Zero Hora, na primeira semana de dezembro. Falei por telefone com um dos profissionais responsáveis, o protesista *Marcelo*, o qual me passou maiores informações sobre o local. Após esse primeiro contato informal foi marcada uma visita à clínica no dia 10/01/2003, às 16:00h. Na sala da

destinado aos amputados e familiares, com o propósito de tirar dúvidas a respeito da amputação e o uso de próteses, sendo aberto à comunidade em geral.

recepção estavam expostas próteses de diversos materiais e modelos, a maioria de membro inferior. Fui recebida pelo protesista da clínica que, além de relatar sua experiência, mostrou-me todo o espaço físico da clínica (sala da fisioterapia, sala de moldes e a oficina de confecção das próteses), passou um vídeo de pacientes já protetizados realizando esportes radicais e mostrou-me algumas fotos. Nesse dia não havia pacientes na clínica. Após a apresentação do espaço e do trabalho lá realizado, pude falar do tema de pesquisa, como também de meu interesse em participar da reunião do grupo de amputados que seria realizado no mês seguinte, como uma forma de familiarizar-me com o ambiente e com as pessoas que lá freqüentavam.

Compareci à reunião realizada no dia 05 de fevereiro de 2003, às 19:00h. Nesse dia fui apresentada ao grupo, assim como todos os presentes o foram. A reunião foi conduzida pelos profissionais da clínica (protesista, psicólogo, administradora, fisioterapeuta e médico ortopedista). Durante a apresentação foi possível ver que algumas pessoas estavam lá pela primeira vez, uns eram pacientes da clínica e outros já protetizados participavam da reunião com o objetivo de conceder o seu depoimento para aqueles que estavam no início do processo de protetização. Percebi que os presentes nessa reunião apresentavam idades bastante variadas, desde crianças até pessoas idosas, sendo a maioria do sexo masculino (três mulheres e nove homens). Todos eram amputados de membro inferior, sendo que alguns já estavam usando próteses, enquanto outros ainda usavam cadeira de rodas, muletas ou andadores para locomoverem-se. Alguns estavam acompanhados de seus familiares, os quais participavam ativamente da conversa do grupo, relatando suas experiências, sofrimentos, temores e aprendizados diante da amputação.

¹³ A divulgação do local onde foi desenvolvida a pesquisa foi previamente autorizada pelos profissionais responsáveis pela clínica.

Nessa reunião, percebi que as pessoas presentes encontravam-se em momentos diferentes de vida, alguns amputados recentemente e ainda muito penalizados pela perda do segmentos corporal, uns estavam realizando fisioterapia, na expectativa da protetização, e outros já usuários de prótese, adaptados à mesma e que nesse momento, dividiam com os demais a sua convivência com um objeto estranho na vida cotidiana. Os que utilizavam cadeira de rodas, muletas ou andadores falavam de suas dificuldades de acesso nos locais, dos olhares das pessoas, das perdas simbólicas (amigos, vida social, trabalho, lazer, entre outros) ocorridas com a amputação, das mãos estarem sempre ocupadas com o manuseio desses equipamentos, do equilíbrio precário, das quedas , entre outros sentimentos que afluíam em suas falas.

Ao mesmo tempo que eu ouvia todos esses relatos, visualizava na minha frente um menino de aproximadamente dez anos de idade, usuário de prótese, caminhando com autonomia. Não falava nada, apenas escutava o que os demais diziam sentado junto com seus familiares. Percebi que seu corpo falava muito mais do que as palavras dos já usuários de prótese, pois mostrava a todos presentes que era possível reconstruir a vida de uma outra forma, de conquistar maior autonomia, pois estava à vontade com sua prótese. Apesar de todas as dificuldades ainda a enfrentar, os presentes se deparavam com exemplos daqueles que já tinham trilhado esse caminho, mesmo que suas histórias de vida fossem escritas com muito sofrimento. Ainda que esse fosse o meu primeiro contato com o grupo, ao final da reunião, constatei que um universo muito rico se apresentava para ser investigado.

Nesse dia, participei da reunião apenas como observadora, tentando me familiarizar com tudo que eu via, ouvia e sentia a partir dos relatos daquelas pessoas. Saí de lá com muitas idéias e perguntas a serem exploradas e refletidas, ao mesmo tempo que senti o quão estranha eu era,

mesmo sabendo que muitos ao meu redor na reunião sentiam-se assim por não ter um corpo "completo". A reunião mostrou-se como um momento de compartilhar entre os presentes, novos sentidos para suas vidas, transformadas pela extirpação de um segmento corporal e que, apesar de ser uma vivência particular de cada um, a experiência da amputação e da protetização necessitava ser significada numa prática coletiva.

No dia 19 de fevereiro de 2003, compareci à clínica para conversar com os responsáveis pela sua administração com o objetivo de fornecer-lhes mais informações a respeito da minha proposta de pesquisa. Também aproveitei para coletar mais dados sobre as reuniões do grupo dos amputados e os pacientes que freqüentavam a clínica em busca de reabilitação e protetização. Relataram-me que a freqüência do grupo era muito irregular, ou seja, nem sempre estavam presentes as mesmas pessoas, surgindo a cada mês novos participantes. Quanto aos pacientes da clínica, esses compareciam com uma maior sistemática, pois além do atendimento de fisioterapia, também realizavam todo o processo de adaptação à prótese, recebendo alta somente após estarem familiarizados com a mesma.

A partir de então, o caminho investigativo foi construído com bases mais sólidas. Comecei a comparecer às sessões de fisioterapia da clínica em dias previamente agendados, onde procurava conversar com a fisioterapeuta responsável sobre o trabalho desenvolvido com os pacientes. Nesses momentos era apresentada aos mesmos, observava seu atendimento e conversávamos informalmente. Após uma aproximação inicial, os pacientes eram convidados por mim ou pela fisioterapeuta da clínica a participarem voluntariamente da pesquisa. As entrevistas eram agendadas para os dias em que eles estivessem na clínica realizando fisioterapia ou ajustes na prótese.

Agendei minha primeira entrevista com a fisioterapeuta¹⁴ da clínica para o dia 02 de abril, quarta-feira, às 14h30m. Fiquei aguardando-a na recepção da clínica, pois ainda estava em atendimento. Vi um de seus pacientes, já protetizado, sair da sala da fisioterapia acompanhado de sua namorada, caminhando com desenvoltura. Saiu da clínica e dirigiu-se ao seu carro que encontrava-se estacionado em frente a mesma. O paciente entrou no lugar destinado ao motorista, retirou sua prótese e colocou-a no banco detrás e, apesar de seu carro não ser adaptado, ele o dirige sem restrições, mesmo sendo com uma perna só. Logo em seguida a fisioterapeuta chamou-me para passar até a sala da fisioterapia onde poderíamos conversar. Porém, chegando lá, vi que ainda tinha um paciente realizando fisioterapia acompanhado de sua esposa. A fisioterapeuta apresentou-nos, aproveitei, então, a ocasião para explicar a minha presença na clínica. O casal mostrou-se receptivo a minha presença, mesmo sendo, naquele momento, uma estranha que estava ali para observar.

Conversamos informalmente sobre diversos assuntos, tais como a ida para a praia, sobre os quilos a mais que tinham adquirido nas férias, sobre a presença da diabetes causadora da amputação de sua perna esquerda acima do joelho e sua luta para evitar a todo custo a amputação. O paciente, o qual chamarei de *Roberto* encontrava-se sem sua prótese, pois o protesista da clínica estava realizando alguns ajustes nela. Enquanto aguardava a prótese falamos sobre o seu uso, a adaptação à mesma e, no meio do assunto, contou-me que aceitou a amputação bem mais fácil que toda sua família. Hoje sente-se mais livre, pois já consegue caminhar somente com o auxílio das muletas, não usando mais nem a cadeira de rodas, nem o andador. Nesse momento chegou o protesista com a prótese, ajudando *Roberto* a colocá-la em seu coto, ou seja, o segmento

¹⁴ A entrevista realizada com a fisioterapeuta encontra-se na íntegra no anexo D.

remanescente após a cirurgia, e logo depois pediu que caminhasse nas barras paralelas para ver se ela estava bem alinhada, realizando, então, vários ajustes. A sessão estava chegando ao fim, aproveitei para despedir-me de *Roberto*, dizendo que nos encontraríamos na próxima reunião do grupo de amputados que aconteceria nos próximos dias.

Após o encerramento dos atendimentos do dia, foi possível conversar com *Fabiana*, a fisioterapeuta. A entrevista, realizada na sala da fisioterapia, foi gravada na íntegra em fita microcassete, tendo duração de 1 hora. Conversamos a respeito do trabalho desenvolvido por ela, das reações dos pacientes diante da amputação, do processo de reabilitação, da adaptação ao uso das próteses, entre outros temas. Essa primeira entrevista foi de extrema relevância para a pesquisa, pois a partir dela pude ter uma noção mais ampla do grupo de pacientes que eu teria contato na clínica e quais poderiam vir a ser futuros participantes. A fisioterapeuta mostrou-se muito receptiva à minha proposta de pesquisa, falando-me dos paciente que se encaixavam no perfil por mim delineado para participar da mesma. Encerrada a entrevista, combinamos de nos encontrar no grupo mensal dos amputados que seria realizado no dia 04 de abril e que, por intermédio dela, é que seriam agendadas as próximas entrevistas com os pacientes da clínica.

Minha próxima visita à clínica ocorreu, então, no dia da reunião mensal realizada no dia 04 de abril, tendo início às 17:00 horas. Nesse dia, pude observar que muitos dos presentes tinham comparecido a reunião do mês de fevereiro, mas que também tinham pessoas que estavam lá pela primeira vez. Também estava presente à reunião o paciente *Roberto*, com quem tinha conversado dias atrás, acompanhado de sua família (esposa, filha, cunhado e neto). Como o grupo mensal dos amputados tinha mudado de dia e horário, o coordenador do mesmo solicitou que todos presentes se apresentassem e contassem brevemente suas histórias. Percebi que um dos

pacientes, o qual chamarei de *Guilherme*, sempre se sobressaía no grupo, como tinha ocorrido no anterior, pois falava de forma otimista a respeito das dificuldades vivenciadas por muitos dos presentes. Em sua fala dizia "*que não tinha pena de si mesmo*", mas "*que as outras pessoas tinham pena dele*". Que "*com certeza sofria, que gostaria de ter sua perna de volta e não a prótese, mas que a vida não tinha sido feita para lamentar*". Seu depoimento incentivava os outros presentes a participarem, dando continuidade àquilo que dizia, como: "*também se chora sobre duas pernas*", "*o principal é gostar da vida*", "*fica-se triste em perder uma perna, mas entre perder a perna ou a vida, escolhe-se a vida*", "*estar viva é o que importa*", "*ninguém é perfeito*", "*desde que amputei minha perna me senti diferente dos outros, mas vindo ao grupo consigo me identificar com os demais amputados*", entre tantos outros depoimentos carregados paradoxalmente de vida e de morte. Como de praxe, a reunião foi finalizada com uma confraternização entre os presentes, onde as pessoas mostram-se mais descontraídas, mais aliviadas por terem compartilhado com os outros um pouco de si mesmas.

No dia 23 de abril, às 15:00 horas, foi agendada pela fisioterapeuta uma entrevista com um de seus pacientes da clínica, chamado por mim de *Volnei*, um policial militar aposentado, com sessenta e três anos, o qual aceitou participar da pesquisa. Chegou acompanhado de sua esposa, a qual deixou-o na sala da fisioterapia e foi esperá-lo na recepção da clínica. Estava caminhando com auxílio de muletas e não estava usando a prótese. A fisioterapeuta retirou a faixa que protegia seu coto para examiná-lo, pois o tinha machucado numa queda em casa, e como era diabético, cicatrizava com mais lentidão. Mostrava-se ansioso em colocar a prótese, sendo então, auxiliado pela fisioterapeuta. Foi caminhar nas barras paralelas para o "treino de marcha" com a prótese que ainda era a provisória, como uma forma de familiarização com a mesma, para ganhar mais autonomia, como explicado pela fisioterapeuta. Fiquei assistindo sua

sessão de fisioterapia, deixando para conversarmos após o seu término. Durante a entrevista ficamos sozinhos na sala da fisioterapia. Percebi que *Volnei* mostrava-se um pouco retraído, falando baixinho, usando frases curtas e olhando para baixo, demonstrando ser um sofrimento falar sobre o que tinha passado com a amputação. Contou-me que a amputação teve que ser realizada após ter cravado um prego em seu calcanhar e que, por ser diabético e não ter sensibilidade no local, custou a perceber o que tinha acontecido, desenvolvendo uma infecção localizada. Falou-me também, que já tinha amputado um dedo nesse mesmo pé anteriormente, mas que continuou fazendo de tudo, inclusive jogando futebol. Mas agora, por ter amputado a sua perna, mostrava-se ainda inconformado, dizendo que passou a ser "*governado pelos outros*", dependendo deles para tudo. Conversamos por aproximadamente trinta minutos e, ao finalizar a entrevista, acompanhei-o até a recepção, onde sua esposa o aguardava. Fiquei, ainda, mais alguns minutos na clínica e combinei de retornar no dia 02 de maio, sexta-feira, para levar alguns documentos relativos à pesquisa.

Conforme eu havia combinado, compareci à clínica novamente no dia 02 de maio, às 9:00 horas da manhã. A fisioterapeuta falou-me que teria dois pacientes nesse dia que poderiam conversar comigo. Passamos juntas para a sala da fisioterapia e chegando lá encontrava-se um paciente esperando para colocar sua prótese pela primeira vez. Fui apresentada ao *André*, o qual mostrou-se receptivo em participar da pesquisa e, aproveitamos então, para conversar enquanto ele aguardava ansioso por sua prótese. Contou-me um pouco de sua história de vida, dizendo-me que era funcionário público aposentado, que tinha oitenta e dois anos e, que morava num sítio em Taquari, onde gostava muito de andar a cavalo, cuidar dos animais de sua propriedade, dirigir o trator, entre outras atividades pertinentes à vida na campanha. Disse-me que estava muito feliz em participar da pesquisa, mas que não sabia ao certo se iria conseguir falar tudo o que eu queria

ouvir. Procurei tranquilizá-lo, deixando a conversa fluir normalmente. Falou de sua amputação, que teria ocorrido devido a uma infecção, após ter se machucado no sítio, quando um porco pisou no seu pé. Em função dessa infecção ficou em coma por um período e, quando acordou sua perna já tinha sido amputada. Apesar disto, falou-me que preferiu ter perdido a perna do que a vida, mas que não se conformava em ficar dependente para tudo, mas que com a prótese poderia novamente vir a caminhar sem ajuda. Quando estávamos encerrando a nossa conversa, que durou em torno de vinte e cinco minutos, o protesista chegou com a sua prótese, para experimentá-la pela primeira vez. Perguntei se poderia assistir a sua sessão de fisioterapia utilizando a prótese, consentindo sem restrição. Assim que *André* colocou a prótese e ficou de pé nas barras paralelas auxiliado pelo protesista, ficou radiante por ter conseguido caminhar com ela sem maiores dificuldades, verbalizando várias vezes que "*parecia mentira*", como se não acreditasse que estava em pé novamente, referindo-se à cadeira de rodas como "*um matadouro*". Seu filho, que o aguardava na recepção foi chamado para vê-lo caminhando com a prótese e, por ser o primeiro dia, ficou com ela por pouco tempo para não machucar o coto. Ainda não levaria a prótese para casa, pois ela ainda era provisória e necessitava ainda de vários ajustes. Encerrada sua sessão, foi levado pelo seu filho na cadeira de rodas, a qual também era uma forma de locomoção tida como provisória.

Enquanto *André* se despedia, outro paciente chegava à clínica também de cadeira de rodas, o *Juliano*, ao qual fui apresentada pela fisioterapeuta. Logo que chegou mostrou-se um pouco retraído e desconfiado com a minha presença, apesar de ter brincado comigo dizendo à fisioterapeuta que eu poderia não resistir ao charme do seu coto. Fiquei, então, observando as atividades que realizava com a prótese durante sua sessão de fisioterapia. Queria treinar subir e descer escadas com a prótese para poder ir ao apartamento de sua filha que é uma cobertura, pois

ainda sentia-se inseguro em relação ao seu equilíbrio. Aos poucos percebi que se mostrava mais receptivo à minha presença, incluindo-me na sua conversa com a fisioterapeuta. Mostrava-se cansado no final da sessão, sendo sugerido pela fisioterapeuta que descansasse um pouco e, que poderíamos então aproveitar para conversar. Foi possível perceber que o receio inicial tinha se dissipado e que *Juliano* começou a conversar de forma entusiasmada. Contou-me que era aposentado, que tem setenta e seis anos e, que estava na praia quando fez uma bolha no pé caminhando de tênis e, como era diabético, ocorreu uma infecção no local que não pode ser controlada, levando à amputação da sua perna. Conversamos por aproximadamente quarenta minutos, quando falou-me que além de ter agora uma perna "artificial", tinha também um coração, pois usava um marcapasso. Contou-me, também, que o que mais quer é poder dançar a valsa com sua esposa, daqui há um ano, quando comemoram bodas de prata. Após encerrarmos nossa conversa, despediu-se de mim, disse que viria no próximo grupo dos amputados e saiu caminhando com sua prótese, tendo ainda auxílio parcial da fisioterapeuta.

No dia 09 de maio, às 17:00 horas, aconteceu a reunião mensal do grupo dos amputados da qual participei. Novamente percebi que muitos dos presentes, nesse dia, estavam na clínica pela primeira vez. Como aconteceu nas outras reuniões, todos se apresentaram e deram depoimentos a respeito de sua história, envolvendo a amputação. Chamou-me a atenção o depoimento dado pelo pai de um rapaz amputado, que ainda não usava prótese, no qual dizia que "*ninguém espera algo assim*", se referindo ao acidente que ocasionou a amputação e, que "*chocou a perda, dentro de uma concepção de normal, pois passa-se a ser diferente*". Disse também, que a sua família já convivía com a diferença, pois tinha seis dedos na mão direita e, que tendo algo a mais ou a menos, deve-se sempre contemplar a vida. Percebi, então, que um depoimento chama outro e, que mesmo os mais retraídos encorajam-se ouvindo os demais.

Muitas vezes foram os familiares que começaram a falar ao invés do paciente. Um casal de filhos de um senhor amputado presente, colocou ao grupo que a família é tão atingida pela amputação quanto o próprio amputado, pois sofre ao ver a dificuldade do outro. O pai deu continuidade a fala dos filhos dizendo que *"não se deixa de ser humano por perder uma perna"*, mas que *"se sentir mutilado, também faz a gente se sentir muito inútil, limitando as outras pessoas que estão ao redor"*. Alguns dos presentes não quiseram dar o seu depoimento, preferindo somente escutar. Um dos profissionais da clínica procurou falar ao grupo a respeito das expectativas com relação ao uso da prótese, a qual é de interesse comum a todos os presentes no grupo. Disse que a prótese é um equipamento, que nunca vai ser igual a perna que foi amputada, mas que tem como função permitir que as pessoas voltem a caminhar e que, com relação a parte estética da mesma, vai depender de cada um escolher o seu modelo. Muitos dos presentes ainda falaram a respeito de como se sentiam sendo um amputado, mesmo aqueles que já eram usuários de prótese, tendo em seus depoimento uma diversidade de sentimentos a esse respeito.

Destaco, então algumas das falas que considerei mais significativas ao final da reunião: *"algumas pessoas que convivem comigo até se esquecem que eu sou um amputado"*, *"a gente precisa começar a ser normal de novo"*, *"a gente é um pouco egoísta e vaidoso, pois eu não procurei mais os meus amigos que jogam futebol"*, *"saio do grupo outra pessoa"* e *"ninguém é anormal aqui"*. Após o encerramento da reunião conversei com *Roberto*, um dos pacientes da clínica. Já tínhamos conversado anteriormente, mas de maneira informal durante uma de suas sessões de fisioterapia. Agendamos a entrevista para o dia 14 de maio, na clínica, no turno da tarde, após a sua sessão de fisioterapia. Também pude conversar com *Guilherme*, o qual tinha chamado minha atenção por estar sempre participando de forma ativa dos grupos de amputado. Combinamos, também, de conversarmos no dia 15 de maio, quinta-feira, na parte da manhã, pois

tinha combinado com o protesista de realizar alguns ajustes em sua prótese nesse dia, sendo que estava indo à clínica somente para participar das reuniões mensais dos amputados.

Como havia combinado com *Roberto*, compareci na clínica no dia 14 de maio, às 15:00 horas para conversarmos. Quando cheguei, já me esperava, pois tinha tirado sua prótese para realizar alguns ajustes finais e enquanto a aguardava, poderíamos aproveitar para conversar. Contou-me que é aposentado, está com setenta anos, que sempre gostou muito de viajar e que estava na praia quando machucou o seu pé (fez uma bolha no dedo mínimo). Por ser diabético, a cicatrização fica prejudicada e, então, infeccionou, causando um problema circulatório na perna que levou à amputação. Disse-me que foi muito difícil decidir pela amputação de sua perna, relutou muito em aceitar. Mas, quando perguntou à sua médica o que aconteceria se decidisse por não amputar a sua perna e ela respondeu que poderia morrer, resolveu refletir melhor. Pensou, desta forma, que entre perder a perna ou morrer, a melhor opção seria pela amputação e pela vida. Falou-me, também, que seus familiares sofreram mais que ele com a amputação, pois acreditavam que não conseguiria reagir à perda. No momento da entrevista já utilizava prótese, mas ainda tinha que tomar alguns cuidados especiais com um machucado no seu calcanhar direito que estava cicatrizando muito lentamente, deixando-o atemorizado com a possibilidade de vir a amputar a outra perna também. Contou-me que a primeira vez que colocou a prótese e ficou em pé novamente, foi muito emocionante. Falou, também, que usar a prótese causou no início uma sensação diferente e que, por ser um "corpo estranho", parecia pesar muito, mas que ela pesava menos que a parte retirada de sua perna e, que agora quando está sem a prótese senti muito sua falta. Nossa conversa durou em torno de quarenta minutos e findou quando chegou o protesista com a sua prótese, que seria a definitiva. Foi auxiliado por ele a colocá-la adequadamente,

despediu-se de todos e saiu caminhando com sua prótese ao encontro de sua esposa que o aguardava na recepção da clínica.

Retornei à clínica no dia 15 de maio, quinta- feira, às 9:00 horas, para conversar com *Guilherme*. Estava aguardando-o na recepção quando chegou mostrando-se muito cansado, pois residia em Canoas e, por isso, necessitava pegar mais de uma condução para chegar à clínica. Fomos convidados pelo protesista para nos dirigirmos até a sala da fisioterapia. Chegando lá, *Guilherme* sentou-se no tatame e retirou sua prótese para que o protesista pudesse arrumar uma parte dela que estava machucando o seu coto. Aproveitamos, então, para conversar, pois não havia atendimento de fisioterapia nesse dia. *Guilherme* é muito comunicativo, o que fez a conversa fluir naturalmente. Contou-me que tem trinta e sete anos, que é estudante universitário e que, em maio de 1994, sofreu um acidente de moto que ocasionou múltiplas fraturas na sua perna direita. Depois disso passou por um período de muitas hospitalizações, realizou catorze cirurgias, fazendo todo esforço possível para não perder a perna. Disse-me que esse foi um período muito difícil, pois sua vida mudou bastante em função de muitos meses hospitalizado. Nesse período caminhava com dificuldade, andando de muletas ou de cadeira de rodas, pois sua perna fraturada estava deformada. Somente após sete anos de várias tentativas para não perder sua perna, é que tomou a decisão de realizar a amputação, pois desta forma poderia vir a caminhar novamente se utilizasse uma prótese. Foi uma decisão muito difícil de ser tomada, pois as pessoas já sentiam pena dele por ter ficado com problemas na perna, por ser ainda tão jovem e por supor que poderia se tornar um amputado. Durante nossa conversa, *Guilherme* mostrou-se à vontade em compartilhar comigo um pouco de sua vida, falou de seus sofrimentos, de suas conquistas, da fratura de fêmur que teve no coto quando desceu correndo de um ônibus, pois tinha esquecido que estava de prótese, dos meses que ficou sem poder usá-la, da sua readaptação a ela, das

peessoas o verem uma hora com prótese e outras sem prótese e o que isso lhes causava, da sua participação no grupo dos amputados, onde faz questão de comparecer para dar o seu depoimento, enfim, contou-me os fatos que considerou mais relevante das experiências que tinha vivenciado. Estávamos no fim de nossa conversa, que durou aproximadamente uma hora, quando o protesista chegou com sua prótese. *Guilherme* colocou-a novamente sem auxílio, ao mesmo tempo que brincava dizendo que agora iria até a faculdade ver se tinha aula e, caso não houvesse, iria convidar os amigos para jogar um futebol. Seu bom humor era visível, sendo contagiante nos grupos dos amputados, onde motivava a todos os presentes.

Depois desse dia, compareci à clínica na reunião mensal dos amputados do dia 06 de junho que como era habitual, iniciou às 17:00 horas. Naquele dia havia uma sugestão dada pelo profissional da clínica que estava coordenando o grupo, para que os presentes fizessem uma pauta com temas que gostariam que fossem abordados nas próximas reuniões. Dentre vários temas propostos, destaco alguns que foram citados por vários presentes: *"a convivência do amputado com o corpo estranho"*, *"auto-imagem e auto-estima do amputado"*, *"por que tem amputados que não usam prótese?"*, *"a aceitação da amputação"* e a *"importância da participação da família"*. Para a reunião desse dia, os presentes escolheram falar a respeito da "aceitação" da amputação, pois acreditavam que a auto-imagem, a auto-estima e o uso da prótese dependia diretamente dela. *Guilherme*, então, lançou a pergunta ao grupo: *"Como se faz para aceitar? Eu sei que tenho que aceitar, mas como fazer isso? Há uma fórmula mágica?"*. Percebi que todos os presentes ficaram agitados com a pergunta realizada. Um dos presentes respondeu que *"a família tem que estar preparada para ajudar na aceitação, pois é quem está o tempo todo ao lado do amputado"*, sendo que a filha de uma senhora amputada complementou dizendo que *"num primeiro momento, sentia-se como se fosse ela a amputada"*. Logo, esta resposta era seguida por outra pergunta:

"Será que a família está preparada para lidar com a amputação?". O grupo entrou em consenso dizendo que a aceitação era uma questão muito individual, pois cada um reagia de uma maneira diferente, quando, então, um dos presentes falou que *"a pessoa aceita a amputação entre aspas"*. Ficou evidente para mim, no decorrer dos depoimentos, que cada um buscava a sua maneira de lidar com a amputação, não sendo possível, portanto, generalizar quando se fala de algo extremamente particular que é o corpo de cada um.

Um motoqueiro denominado por mim de *Felipe*, falou brevemente de sua história, contando que teve que amputar sua perna com quarenta e quatro anos, devido a um acidente de moto que sofreu. Para aceitar o que tinha acontecido consigo, procurava olhar para as outras pessoas que estavam em situação mais difícil que ele, como aqueles que já tinham nascido sem pernas ou que não mexiam com uma parte do corpo. Mostrava naquela ocasião ter superado o que lhe aconteceu, tanto que se tornou usuário de prótese há seis anos e, voltou a andar de moto novamente. *Guilherme* deu seu depoimento, falando de suas dúvidas e anseios antes de amputar a perna: *"sem perna eu não valho nada"*, *"como vou à praia?"*, *"como vou fazer isto e... aquilo?"*, *"eu nunca vivi sem uma perna"*, *"como vou viver sem uma perna?"*, *"eu gostava tanto de mim como eu era"*, *"eu nunca tinha chegado perto de uma prótese antes"*, foi quando começou a pensar *"será que vale a pena perder a vida para uma perna?"*. Todos esses questionamentos foram imprescindíveis para lidar com a amputação, bem como, para aceitar a transformação do seu corpo e da sua vida. Nesse momento, um dos presentes falou que *"os que não aceitaram a amputação não estão aqui"*, no grupo, pois *"a maioria que vem aqui quer usar uma prótese"*, *"as pessoas que vêm aqui, vêm para voltar a caminhar"*. Um outro participante também se pronunciou dizendo que *"se ouvirmos todos os amputados, ouviríamos trinta histórias diferentes"*. De certa maneira, todos esses depoimentos me fizeram pensar, que mesmo sendo a

amputação uma marca que os tornava iguais, a aceitação dependia das experiências de vida de cada um. Portanto, eram as marcas impressas pela vida que os tornava singular, ou seja, paradoxalmente diferentes.

Depois desse dia, compareci à clínica nos dias 15 e 23 de julho, na parte da manhã, para agendar com a fisioterapeuta as próximas entrevistas. Aproveitei também para tirar fotos da próteses de membro inferior expostas na recepção da clínica e as que se encontravam na sala da fisioterapia, de diferentes modelos e confeccionadas com materiais variados. Também analisei os prontuários dos pacientes que já tinham sido entrevistados para registrar as datas das amputações e o início do processo de protetização.

Retornei no dia 25 de julho, sexta-feira, na parte da manhã para conversar com uma paciente agendada pela fisioterapeuta. Conversei com *Júlia* após a sua sessão de fisioterapia. Estava na cadeira de rodas, pois tinha vindo buscar sua prótese que tinha ficado na clínica para realização do acabamento. Contou-me, enquanto esperava sua prótese, que tinha quarenta e oito anos, que era dona de casa e que vinha de Portão para realizar seu tratamento em Porto Alegre. Em janeiro de 2002 foi vítima de um atropelamento, que ocasionou lesões em sua perna e uma infecção que não pode ser controlada, tendo que realizar, então, a sua amputação. Disse-me que custou muito a aceitar o que havia acontecido com ela, que engordou muito nesse período, que era muito vaidosa antes, mas que agora detestava seu corpo como estava, sentindo-se às vezes um monstro. As vindas às reuniões dos amputados ajudou muito no processo de aceitação da amputação, pois identificava-se com os demais presentes, não sentindo-se a diferente por ser amputada. A adaptação à prótese também não foi um processo fácil no início, mas naquele momento percebia que sentia muita falta dela, principalmente por ter ficado sem ela naquela

semana, pois tinha deixado a mesma na clínica para que fossem feitas os retoques finais. Relatou que sua vida mudou muito depois de tudo que aconteceu, já não podia mais usar suas sandálias, e também não tinha usado mais seus vestidos, passando a usar diariamente calça comprida e sapato fechado. Perguntei-lhe se não tinha pensado em usar sandálias baixas, pareceu-me surpresa, dizendo-me que não tinha realmente pensado nisso e que iria perguntar ao protesista da clínica se isso seria possível. Como ainda retornava para sua cidade, não tinha mais tempo disponível para continuar nossa conversa, que teve a duração de aproximadamente vinte minutos.

Nesse mesmo dia conversei com o protesista da clínica, o *Marcelo*, quando falamos de sua experiência profissional na confecção das próteses, da sua interação com os pacientes e da sua participação nos grupos mensais dos amputados organizados pela clínica. Falou-me da técnica de confecção das próteses, do material utilizado e do encaixe dela no coto do paciente, o que considera a parte principal de uma boa protetização. Comparou o processo de retirada das medidas do coto do paciente, da confecção do molde e da prótese propriamente dita como uma "receita de bolo", onde os passos a seguir são muito semelhantes para todas as próteses. O diferencial é que a prótese precisa estar de acordo com as medidas do paciente e o encaixe dela no coto deve ser feita de uma maneira que cause o menor desconforto, precisando para isso de vários ajustes. Falou da prótese como um "corpo estranho" e que por esta razão, cada paciente tem o seu tempo de adaptação e que, a principal função da prótese é devolver ao paciente o dinamismo e a funcionalidade perdida com a amputação. Portanto, a prótese é ao mesmo tempo um objeto estético e dinâmico, que precisa ser devidamente acoplado ao corpo do paciente. Com relação aos modelos que já confeccionou, contou-me que já fez de todos os tipos possíveis, ou seja, coloridos, à prova d'água, com motivos infantis, com o símbolo do time do paciente, com os dedos separados do pé para que possa ser usada com sandália, entre outros tipos, evidenciando

que o modelo depende da escolha do paciente. Nossa conversa durou em torno de trinta e cinco minutos, sendo que em vários momentos *Marcelo* falou-me que considerava a palavra-chave de uma protetização com sucesso era o paciente aceitar a sua amputação.

No dia 28 de julho, segunda-feira, à tarde, fui à clínica para conversar com uma outra paciente, a *Paula*. Cheguei no horário que estava realizando a fisioterapia, estando sem a prótese, pois seu coto estava inchado nesse dia, precisando ficar numa posição de drenagem, para , então, colocar a prótese. Enquanto aguardava, aproveitamos para conversar. *Paula* contou-me que tinha sessenta e cinco anos, era dona de uma casa espírita, que sua amputação ocorreu em função da diabetes, que teve também problemas cardíacos nesse período, que nesse momento, estava começando a se adaptar à prótese e, por essa razão, ainda não a tinha levado para casa. Dizia-me estar ainda muito depressiva, não conformando-se com o que lhe aconteceu, pois sempre foi uma mulher muito forte e trabalhadora e que passou a necessitar do auxílio de seu filho para quase tudo. Estava procurando o recurso da prótese para conquistar uma maior autonomia. Mostrava-se cabisbaixa durante a nossa conversa, demonstrando ainda estar muito inconformada com sua situação. Falou-me que deu todas as suas sandálias para sua irmã e que passou a usar somente calça comprida e sapato fechado, usando um único chinelo quando está em casa sem a prótese. Disse que nunca foi vaidosa, mas que naquele momento estava muito difícil de olhar-se no espelho. Nossa conversa não durou muito tempo, foi em torno de vinte minutos; logo em seguida pôde colocar sua prótese para realizar sua fisioterapia, pois seu coto estava menos edemaciado. Esforçou-se em realizar os exercícios de treino de marcha e, enquanto os realizava, chegou um outro paciente na sala da fisioterapia, com o qual começou a conversar sobre a situação semelhante entre eles. Como dependia de carona para ir até a clínica, não conseguia participar das

reuniões mensais dos amputados, por esta razão tinha a oportunidade de interagir com outros pacientes da clínica durante as suas sessões de fisioterapia.

Após encerrar essa entrevista, agendei com a fisioterapeuta outra entrevista para o dia 29 de julho, terça-feira, na parte da tarde. Chegando na clínica, no dia seguinte como combinado, fui apresentada a *Corina*, pois só tínhamos nos visto nas reuniões dos amputados, mas não havíamos conversado pessoalmente. Esperei que realizasse o seu atendimento fisioterápico para depois realizarmos a entrevista. Estava acompanhada de sua filha, pois moravam em Novo Hamburgo, necessitando dela para trazê-la à Porto Alegre. *Corina* mostrou-se um pouco ansiosa com relação a conversa que teríamos, solicitando a presença de sua filha, que foi por mim convidada, então, a participar de nossa conversa. Contou-me que tinha setenta e nove anos, que era artista plástica e, que sua amputação ocorreu devido a um problema circulatório ocasionado pela diabete. Disse-me que no início foi um choque para ela e para sua família, mas que depois aceitou o que tinha acontecido e foi em busca da protetização para facilitar seus afazeres, como por exemplo voltar a pintar em pé suas aquarelas. Contou-me que sempre foi muito vaidosa e que não se deixou abalar com a amputação, continuando a arrumar-se e a cuidar de si. Durante a conversa comparou a sua situação de artista plástica com a de Van Gogh que teve uma orelha amputada, divertindo-se com a comparação. Em alguns momentos sua filha participava da conversa, complementando a fala da mãe. Nossa conversa durou em torno de vinte minutos, pois elas tinham compromisso e ainda iriam até Novo Hamburgo. Então, nos despedimos e combinamos de nos encontrar na próxima reunião mensal do grupo de amputados.

No dia 08 de agosto, sexta-feira de manhã, retornei à clínica para conversar a respeito do andamento da pesquisa com a fisioterapeuta e o protesista. Encontrei-me, nessa manhã, com

Paula acompanhada de seu filho e sua neta; estava encerrando o atendimento de fisioterapia e, aquele seria o primeiro dia que levaria a prótese para casa. Mostrava-se mais animada que no dia da entrevista, treinando subir e descer a escada para poder ir ao banco com o filho. Também conversei brevemente com *Júlia* e com *Juliano* que estavam na clínica, mas já estavam indo embora. Fui apresentada à *Rogério*, que estava realizando sua fisioterapia, sendo que já o conhecia da reunião mensal do grupo de amputados onde compareceu acompanhado de seus pais. Combinamos de agendar um outro dia para conversarmos, porque seu pai já o aguardava na recepção para irem embora, pois moravam em Viamão.

Como havia combinado com *Rogério* de conversarmos outro dia, a fisioterapeuta agendou com ele numa quarta-feira à tarde, dia 27 de agosto, após o seu atendimento fisioterapêutico. Fui, então, até a clínica para conversarmos e, chegando lá encontrei-me novamente com *Paula*, que se mostrava ainda mais animada e melhor adaptada à sua prótese. Encerrada a sessão de fisioterapia, fui conversar com *Rogério*, um jovem de 18 anos, muito simpático e sorridente. Ele contou-me que havia sofrido um acidente de moto na estrada. Estava na carona, sendo que o capô do carro que os atropelou machucou muito sua perna na colisão, realizando quase que uma amputação total no local do acidente. Não foi possível preservá-la, pois as lesões eram muito extensas, o que ocasionou a realização de uma cirurgia para amputação da sua perna acima do joelho. Sua recuperação tinha sido muito rápida, e ele não se deixou abater com o ocorrido, continuava freqüentando a escola, sendo que estava terminando o ensino fundamental. Falou-me que estava se adaptando bem à prótese, já a utilizava diariamente e que vinha testando-a em algumas atividades, tais como andar de bicicleta e dançar no Centro de Tradições Gaúcha - CTG, o que sempre gostou de fazer e que naquele momento estava aos poucos retornando. A sua próxima realização seria tirar a carteira de motorista, para poder fazer suas festas com os amigos. Mesmo

durante o relato do que tinha lhe acontecido no auge da sua juventude, *Rogério* manteve seu bom humor, demonstrando determinação e muito esforço para "*retomar a vida de alguém de sua idade*", como ele mesmo falou-me. A entrevista durou cerca de trinta minutos, sendo que no final dela acompanhei-o até à recepção da clínica onde estava seu pai esperando-o. Falamos brevemente com ele da conversa que tínhamos tido e, então, nos despedimos.

No dia 12 de setembro, sexta-feira, às 17:00 horas, participei novamente da reunião mensal do grupo dos amputados. Dos pacientes entrevistados, estavam presentes na reunião desse mês o *Guilherme*, o *Rogério* e a *Corina*, além de muitos outros que eu não conhecia. Conversamos somente no momento da confraternização, pois o início da reunião era sempre realizado no grande grupo onde todos se pronunciavam. Observei naquele dia, que os assuntos abordados pelos presentes mostravam-se semelhantes aos das reuniões anteriores que eu tinha participado, pois como eu já havia mencionado anteriormente, os participantes variavam muito, sempre tendo pessoas que estavam lá pela primeira vez e, por essa razão, os depoimentos apesar de singulares, tinham questões muito parecidas. Foi no decorrer dessa reunião que percebi que meu trabalho de campo estava chegando ao fim, pois as informações coletadas até aquele momento estavam começando a ficar repetitivas e se esgotaram em si mesmas. Estava, portanto, chegando o momento de começar a trabalhar com tudo aquilo que eu tinha ouvido, visto e sentido no decorrer dos meses que estive presente na clínica.

2.3 Composição das Informações

O trabalho de campo foi, então, desenvolvido a partir das coletas de informações realizadas nas reuniões mensais do grupo dos amputados ocorridos nos meses de fevereiro, abril, maio, junho e setembro de 2003, das quais participei como observadora, não interferindo na dinâmica conduzida pelos profissionais da clínica. As entrevistas individuais com os participantes foram realizadas após os mesmos serem esclarecidos dos propósitos da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Informado. Todas as entrevistas foram gravadas em fita microcassete, tendo uma duração que variava entre vinte minutos a uma hora. Optei por realizar a entrevista semi-estruturada, onde eu sugeria algumas temáticas para serem discutidas, mas também deixava o participante livre para relatar sua história de vida antes e após a amputação, bem como o seu processo de protetização. Os principais eixos temáticos norteadores da entrevista foram construídos a partir dos objetivos almejados pela investigação, a saber: *significado do corpo para si, tornar-se um amputado, o olhar do outro e o processo de protetização*.

O grupo de participantes¹⁵ da pesquisa foi composto por dois profissionais da clínica, o fisioterapeuta e o protesista, e nove pacientes de ambos os sexos, maiores de idade, usuários de prótese ou em processo de protetização, sendo todos amputados unilateral do membro inferior.

No quadro abaixo, encontram-se maiores informações a respeito dos participantes:

¹⁵ Os participantes da pesquisa tiveram seus nomes por mim trocados com o propósito de preservar suas identidades, bem como sua privacidade.

Participantes	Idade	Sexo	Entrevista	Amputação	Data Amput.	Causa	Protetização	Profissão
Volnei	63 a	M	23/04/03	Perna D	04/10/02	diabete	16/04/03	Aposentado
André	82 a	M	02/05/03	Perna E	05/02/03	diabete	02/05/03	Aposentado
Juliano	76 a	M	02/05/03	Perna D	05/02/03	diabete	02/04/03	Aposentado
Roberto	70 a	M	14/05/03	Perna D	13/05/02	diabete	09/08/02	Aposentado
Guilherme	36 a	M	15/05/03	Perna D	29/05/01	acidente	30/08/01	Universitário
Paula	65 a	F	28/07/03	Perna D	04/04/02	diabete	15/05/03	Religiosa
Júlia	49 a	F	25/07/03	Perna E	05/01/02	acidente	27/02/03	Dona de casa
Corina	79 a	F	29/07/03	Perna D	03/01/03	diabete	27/05/03	Artista Plástica
Rogério	18 a	M	27/08/03	Perna E	29/12/02	acidente	04/06/03	Estudante
Fabiana	-----	F	02/04/03	-----	-----	-----	-----	Fisioterapeuta
Marcelo	-----	M	25/07/03	-----	-----	-----	-----	Protesista

Considero que o trabalho de campo está entrelaçado com todo o aporte teórico utilizado na discussão da dissertação, não sendo portanto, um fazer isolado do pesquisador, muito pelo contrário, é uma atividade totalmente interativa entre vozes que se fazem reais e outras "virtuais". Desta forma, penso que esse momento da pesquisa, onde se prioriza a coleta das informações, a categorização e a interpretação dos achados, somente se torna viável se estiver amparado numa revisão teórica inicial. Acredito portanto, que no decorrer do processo investigativo, o que mais o pesquisador realiza é coletar informações que sejam relevantes na construção da sua dissertação. Ou seja, muitas são capturadas durante o trabalho de campo, mas tantas outras o são nas inúmeras páginas, dentre muitos autores lidos, durante o aprofundamento do referencial teórico que serviu como fio condutor para o trabalho realizado no campo. Durante esse percurso povoado de parágrafos, letras, vírgulas, paradas para reflexão, diálogos com os autores, vamos enriquecendo nossa "bagagem teórica", nos apropriando de alguns conceitos-chave para a discussão, refazendo alguns caminhos, respondendo a algumas perguntas e deixando outras tantas em suspensão, bem como, tentamos vislumbrar um futuro ainda por- vir.

Ciente de que a pesquisa teórica foi somente o início da caminhada como pesquisadora, utilizei-a como ferramenta para ver e agir no caminho empírico, que se tornou povoado não

somente de letras, mas de corpos, de vozes, de olhares, de sentimentos. Estabeleci um outro tipo de interação, não mais um monólogo com alguém que não me conhecia, mas com muitas pessoas com as quais pude estabelecer um diálogo, não mais virtual, mas "corporal", no sentido próprio do termo. As trocas interativas realizadas durante as observações e as entrevistas ficaram gravadas não somente no diário de campo e na fita microcassete, mas na minha memória, em forma de gestos, expressões, silêncios, olhares, entre outras manifestações corporais.

Considero, então, que a coleta de informações realizada durante a pesquisa de campo constituiu uma etapa relevante da investigação, pois foi nesse momento que a dissertação começou a adquirir um "sopro" de vida, onde comecei a realizar "hibridizações" entre teoria e prática, entre o que eu li e o que eu ouvi. Porém, tudo o que foi ouvido e visto precisou passar por um trabalho de "codificação", ou seja, todas as informações captadas por meio das observações e das entrevistas precisaram ser transformadas em texto. O que diferencia a construção do texto, no entanto, é que o produzido a partir das entrevistas são transcrições diretas daquilo que foi dito pelos participantes, enquanto que o diário de campo é uma "invenção" minha como pesquisadora.

Nessas idas e vindas da teoria à prática e vice-versa, se fez a longa jornada de reflexão, não sendo portanto um caminho investigativo de mão única, mas de muitas paradas, retrocessos e alguns passos cautelosos à frente. A dissertação, desta forma, foi construída como uma "colcha de retalhos", onde cada fragmento foi formado por discussões trazidas pelos autores do referencial teórico utilizado, fragmentos das vozes dos participantes e por sentidos por mim produzidos. Inicialmente todos esses "pedaços" foram sendo alinhavados de forma provisória, dando aos poucos forma ao meu texto, permitindo que peças novas pudessem ser incorporadas a

ele, para que a "costura" final se tornasse invisível, permitindo que a leitura viesse a fluir pelo texto, sem lacunas, nem percalços que desvirtuassem o fluxo da discussão.

Como autora desse texto desejei, fundamentalmente, fazer com que as informações coletadas adquirissem um sentido, tomassem uma forma, perdessem o seu caráter fragmentário, quem sabe posso assim falar, se constituíssem como um "corpo-textual". Para que elas, então, deixassem de ser pura informação e se transformassem num "corpo-textual", elas necessitaram ser por mim subjetivadas, ou seja, precisaram que eu supusesse algo a seu respeito, que fossem olhadas e faladas de forma contextualizadas. Enfim, as informações mostraram-se, inicialmente, como a "matéria bruta" que precisava ser moldada e lapidada por mim, para que assim ganhassem vida em forma de dissertação.

De acordo com Mary Jane Spink (2000), o processo de interpretação pode ser visto como um processo de produção de sentidos, onde:

O sentido é, portanto, o meio e o fim de nossa tarefa de pesquisa. Como atividade-meio, propomos que o diálogo travado com as informações que elegemos como nossa matéria-prima de pesquisa nos impõe a necessidade de dar sentido: conversar, posicionar, buscar novas informações, priorizar, selecionar são todas decorrências dos sentidos que atribuímos aos eventos que compõem o nosso percurso de pesquisa. A exemplo de diálogos travados em tantos outros domínios de nossas vidas, buscamos, em nossas pesquisas, entender esses eventos à luz de categorias, hipóteses e informações contextuais variadas. A interpretação emerge, dessa forma, como elemento intrínseco do processo de pesquisa. Não haveria, assim, momentos distintos entre o levantamento das informações e a interpretação. Durante todo percurso da pesquisa estamos imersos no processo de interpretação (p. 105).

Permiti-me, então, continuar a pensar a composição das informações coletadas no decorrer do percurso investigativo, metaforicamente, isto é, pensar a construção da dissertação como se ela fosse um corpo. Isso significou, para mim, que ela não podia ser vista somente como um amontoado de palavras, vírgulas, acentuações, pontos e exclamações, pois assim eu estaria reduzindo-a a sua materialidade textual. Desta maneira, as palavras precisaram ser bem

escolhidas, articuladas de forma adequada, para que produzissem um significado, novos sentidos para "velhas" palavras. Foi necessário, portanto, pensar o texto da mesma forma que pensava o corpo, ou seja, destituído de um caráter universal, mas singular na forma que é significado pelo olhar e pelo discurso do pesquisador. O texto, então, se deixa transformar pelas mãos do pesquisador, as quais produzem marcas que o inscrevem e o subjetivam. Esse é o diferencial, que possibilita que nenhuma pesquisa seja igual a outra, mesmo tendo uma temática de discussão semelhante.

Assim como o corpo mostra sua complexidade por ser um híbrido entre natureza e cultura, a dissertação também o faz na medida que é formada na interface entre teoria e prática, tendo como ponte quem a produz. Ou seja, a autora situa-se nesse entre-lugares de onde se olha e se produz uma dissertação. Assim, a escrita vem a ser produzida como uma técnica que intervém sobre o "corpo-textual", onde a "costura" entre os fragmentos coletados durante a pesquisa teórica e de campo, mostra-se como próteses que são agregadas com o propósito de preencher lacunas e devolver funcionalidade ao "corpo textual". Algo de novo é inventado, guiado por uma rede de saber e poder onde quem escreve mostra-se capturado, um "corpo-textual" que precisou ser disciplinado, ser "esquadrinhado" em categorias de análise como forma de produzir um conhecimento a respeito da temática que problematiza, "normalizado" de acordo com as regras da pesquisa científica, onde se privilegiou fazer "viver" as idéias que o sustentam sob a forma de uma dissertação.

Portanto, considerei a construção das categorias de análise uma parte que mostrou-se interligada com todas as outras etapas da investigação. Para a construção das mesmas, então, realizei uma triangulação entre a revisão teórica, o diário de campo, a transcrição das entrevistas

realizadas e os eixos temáticos utilizados como guia nas conversas com os participantes da pesquisa, sendo eles: *significados do corpo para si, tornar-se um amputado, o olhar do outro e o processo de protetização*. Essa parte da dissertação denominei de "*As vozes dos participantes: histórias compartilhadas*", pois considerei-a produzida por múltiplas vozes que foram sendo compartilhadas no decorrer das entrevistas, onde cada indivíduo tornou público um pouco de suas vidas privadas. As categorias de análise que compuseram essa parte da dissertação foram divididas em: *Corpos que habitamos: os cuidados de si, Corpos amputados: um processo de subjetivo de estranhamento e familiarização, Corpos (im)perfeitos sob o olhar do Outro e O Corpo e suas próteses: produzindo novas formas de ser*.

Desta forma, entendo que compor as informações é permitir que elas se tornem inteligíveis sob o olhar do Outro que, mesmo não tendo estado lá no local da pesquisa, mesmo não tendo conhecido nenhum dos participantes, possa se sentir capturado por suas histórias. Tive o privilégio de ter compartilhado com cada um dos participantes da pesquisa um pouco de suas vidas, e com certeza me considero uma privilegiada em compartilhar com o leitor essa minha experiência e vivência como pesquisadora, através da narrativa de fragmentos de tudo que lá ouvi, vi, senti e elaborei.

3 AS VOZES DOS PARTICIPANTES: histórias compartilhadas

3.1 Corpo que habitamos: os cuidados de si

*"O que o corpo significa para nós é, pois, nada mais do que o rastro seguido pela vida".
(Giacoina Jr., 2002, p.212)*

Podemos pensar a materialidade corporal como uma casa que habitamos, onde todos os seus recônditos encontram-se impregnados de nossa identidade, de nossa vida. Assim como nossa casa, em nosso corpo guardamos nossa história individual e coletiva, ornamentamos com acessórios que representam lugares e pessoas que produziram efeitos em nossa subjetividade, nos desfazemos de tudo que não funciona mais ou já não tem mais serventia, reformamos e atualizamos o que está ultrapassado, cuidamos de seus cômodos para que permaneçam limpos, cheirosos e bonitos, nos prevenimos de invasões ou assaltos como males que nos assombram constantemente, produzimos mudanças internas e externas continuamente para que permaneça habitável e, com todas as transformações produzidas, nem a casa, nem o corpo, jamais deixam de ser nossos, ou seja, eles sempre revelam quem lá habita.

Portanto, como afirma Maria Rita Kehl (2001), o corpo vem a ser um conjunto de órgãos, de reflexos e de inúmeras sensações imerso num universo discursivo que tanto o designa, como valoriza ou desvaloriza. Nele se inscrevem ritmos, velocidades, acelerações e desacelerações, territórios geográficos e imaginários, como também recebe extensões mecânicas, intervenções estéticas e médicas. O corpo, então, é um corpo e seu automóvel, um corpo e suas roupas, um

corpo e seus remédios, um corpo e outros corpos que lhe deram origem, que o rodeiam, vivos ou mortos, que o sustentam, acariciam, recusam, barram, contra os quais se abate, ou com os quais temporariamente se confunde.

O corpo corresponde desta forma, àquilo que o indivíduo gosta, àquilo que ele é, independente de suas heranças genéticas, de suas filiações culturais ou de classe, do seu estado civil e de suas maneiras de ganhar dinheiro. A sua casa, portanto, tem a sua cara, assim como sua banheira e suas roupas não cessam de expressar aquilo que ele é, como se cada objeto incorporasse a imagem de marca de seu proprietário. Cada um, então, com seus remédios, suas terapias prediletas, seus cosméticos, seus médicos, seus ideais de saúde, suas doenças, suas dúvidas, é responsável tanto por seus sucessos como por seus fracassos (SANT'ANNA, 2001).

Os estudos de Michel Foucault nos mostram, também, que o corpo no decorrer dos tempos, passou por inúmeros processos de subjetivação que o inscreveram, criaram modos plurais de vida, diferentes formas de habitá-lo, de apropriar-se dele, de movimentá-lo, etc. Os processos de subjetivação, podem ser vistos, assim, como moradas, que ao mesmo tempo que não estão totalmente expostas, também não se fecham inteiramente. Na atualidade, passamos a consumir muito mais que bens materiais e conteúdos culturais, consumimos "formas de vida". Através dos fluxos que nos chegam de imagens, informações, conhecimentos e serviços, ou que acessamos cotidianamente, consumimos maneiras de viver, de sentir, de pensar, de sonhar, ou seja, consumimos grandes quantidades de subjetividade. Por esta razão, somos continuamente subjetivados pelas experiências que vivenciamos por meio de nosso corpos, pois nunca estamos totalmente completos, há sempre frestas e passagens por onde somos volta e meia capturados. A subjetivação, assim, define-se pelo encontro de corpos, onde nosso corpo sempre será nosso

ponto de partida, acarretando às vezes modos de vidas alegres ou tristes, que sufocam ou que relaxam, entre outras possibilidades (CARDOSO Jr., 2002; PELBART, 2002).

Durante as entrevistas realizadas com os participantes dessa investigação, falamos sobre suas vidas, suas moradas, suas experiências, suas vivências, sempre tendo como referência seus corpos e os sentidos produzidos a partir deles. Como fala Esteban Levin (1995), o corpo tomado pela linguagem faz-se letra, gramática e é lido pelo Outro enquanto tal. Nesse sentido, coloquei-me no lugar desse Outro que estava ali para escutar, para ler os sinais que os corpos dos participantes emitiam, para que pudesse, assim, transformá-los em texto, sem descaracterizá-los. Procurei, então, apropriar-me de alguns fragmentos de suas falas e através delas seguir o fio condutor que me possibilitasse compreender como viam e sentiam seus corpos, bem como eram olhados e subjetivados pelos outros e pelo seu entorno.

Duas participantes da pesquisa revelaram-me, durante a conversa que tivemos, como concebiam os seus corpos, bem como vivenciavam sua corporalidade. Falaram-me que:

"O corpo é o que me dá dinamismo. O corpo é que me leva a algum lugar. Só que eu não consigo separar meu corpo da minha alma. Pra mim é liberdade. O corpo é liberdade dos teus movimentos. É o ser e estar..." (Fabiana, fisioterapeuta).

"O significado do meu corpo é que eu preciso dele, né? Eu preciso dele pra poder me dirigir, aprender, né. Eu preciso muito do meu corpo, né. Dou muito valor à vida" (Corina, 79a).

Desta forma, tomar o corpo como ponto de partida, como o *locus* onde se inscreve a subjetivação, é tomá-lo em todo o seu dinamismo, o qual permite uma gama de experiências, vivências e aprendizados. Ele permite encontros e desencontros, olhares, toques, sensações variadas, que vão tatuando em sua pele uma história singular para cada indivíduo. Seus

movimentos, sua inércia, sua expressividade, seus limites, traduzem tanto a vida como algo vivido no presente, como também um futuro incerto habitado pela morte. Convive-se com a certeza de que dependemos dele em perfeitas condições para que possamos viver plenamente. Para isso, não podemos perder o seu controle, nem sua autonomia, temos que ter a sensação de sermos livres, mesmo que ilusória. Nessa perspectiva, o corpo é significado como um veículo de passagem que permite ir e vir pelos lugares, que permite aprendizagens, que confere uma sensação de liberdade quando está funcionando plenamente e, que passou a ocupar um lugar privilegiado na vida dos indivíduos, sede de seus desejos e frustrações, exibindo em suas formas o jeito de ser daquele que o ocupa como sua morada.

Como nos fala Aurélio Guerra Neto (2002), os movimentos dos corpos configuram-se como:

um itinerário, é um caminho, o movimento de um corpo que se desloca no espaço e que avança no tempo. Tempo e espaço que, na medida que vão sendo vividos, experimentados, vão sendo definidos pelo processo mesmo de experimentação do corpo ou dos corpos em questão. Corpo experimental. Corpo móvel produtor de perspectivas (p. 17).

Falar, então, dos corpos que habitamos, é falar de seus movimentos, de seus prazeres e sofrimentos, de suas qualidades e eficiências, de seus defeitos, do que ele já foi, do que já está deixando de ser, de como gostaríamos que um dia fosse, as formas que o exercitamos, as técnicas de controle que exercemos sobre ele, dos nossos anseios, da sua finitude, de sua familiaridade e, paradoxalmente, do receio que sentimos diante da possibilidade de um dia se tornar para nós um estranho. Tomamos o corpo como propriedade nossa, o subjetivamos com nossos desejos, deixamos que seja marcado pelo olhar do outro, cuidamos permanentemente dele, buscamos incessantemente que ele seja útil e que desempenhe suas funções de forma silenciosa e

imperceptível. Mas, para isso, ele deve permanecer jovem, saudável, perfeito e eficiente, mesmo diante de todos os riscos a que está exposto cotidianamente.

Entendo, desta forma, que falar das peculiaridades do corpo é dar-lhe visibilidade, é traduzir os seus sinais revelados e estampados em sua materialidade orgânica, tais como: os processos de saúde e doença, as expressões de alegria e tristeza, os modos de vida e de morte. Em contrapartida, a "visibilidade corporal" pode, também, ser analisada a partir de aspectos da vida cotidiana dos indivíduos como a comida, as religiões, a mídia, as diferentes práticas convencionadas para "cuidar do corpo", de sua aparência, da sua saúde, considerada hoje o "lugar da verdade". Portanto, a visibilidade corporal está diretamente relacionada a um lento processo civilizador, da lenta e complexa mudança de sensibilidade, da tolerância ou intolerância por atitudes e práticas humanas, que conferiu ao corpo uma importância cada vez maior (SOARES, 2002).

A visibilidade corporal é algo inquestionável na medida em que, ao mesmo tempo que se revela ao nosso olhar inquisidor, também não se deixa desvelar totalmente pelo nosso olhar questionador e, por esta razão, nos remete a inúmeras possibilidades de interpretação e de produção de sentidos. Desta forma, os corpos amputados dos participantes da pesquisa mostravam-se visíveis ao meu olhar de pesquisadora, estampavam em silêncio as marcas deixadas por suas histórias de doenças ou acidentes, ostentavam sua incompletude, suas possibilidades de transmutar acoplando-se a próteses, de ascender à postura bípede e tornar-se novamente menos (im)perfeito, mais eficiente e, quem sabe, mais humano. Porém, como pesquisadora, não bastava somente esquadrihar esses corpos com meu olhar, precisava sim dar visibilidade às suas histórias pessoais, e para tanto, se fazia necessário compartilhar com os

participantes suas histórias de vidas e de mortes, reais e simbólicas, ouvindo o que eles tinham para me contar.

Percebi, durante as nossas conversas, que falar de seus corpos amputados era uma tarefa difícil, como muitos verbalizaram, pois falar deles é torná-los ainda mais visíveis, principalmente em suas diferenças e em suas (im)perfeições. Por esta razão, remetiam-se a todo momento ao passado, para um período que antecedia à amputação, onde seus corpos ainda eram "perfeitos", saudáveis, dentro dos padrões estéticos vigentes em nossa sociedade, como se somente agora valorizassem o que já não existia mais. O fato de não terem nascido assim, mas terem se tornado amputados em algum momento da vida, mobilizava em cada um sentimentos diferentes, tais como: culpa, revolta, tristeza, etc, onde alguns pensavam que de, alguma forma, a amputação poderia ter sido evitada, uns acreditavam que se tivessem cuidado mais de seus corpos isso não teria ocorrido e outros acreditavam que fizeram o que era possível, mas que não havia como antecipar a imprevisibilidade da vida.

"Eu gostava muito de dançar quando tinha perna (...) Gostava e gosto muito ainda de música" (Juliano, 76a).

"Eu criava porco, criava gado, trabalhava muito, né. Andava à cavalo. Tinha tudo. Aí perdi minha perna....." (André, 82a).

Numa sociedade que privilegia a eficiência e o dinamismo, "perder" uma perna, significa perder também um modo de vida ativo, em que o indivíduo passa a ser visto como ocioso. Portanto, na atualidade, vemos o quanto a velocidade foi sendo valorizada; em contrapartida, percebemos paradoxalmente, a criação de novas lentidões e muitas delas foram sendo transformadas em erro, assim como a positividade do trabalho criou o ócio como anomalia. Todo

peso material, então, passa a ser percebido como um mero obstáculo a ser ultrapassado ou aniquilado onde o peso do corpo, por exemplo é um deles (SANT'ANNA, 2001).

Nesse sentido, é possível identificar em alguns depoimentos, que uma das conseqüências trazidas pela amputação foi a perda da funcionalidade corporal. Em outros, aparece a amputação estando relacionada à perda da "normalidade". Sabemos que o conceito de "normalidade", assim como o de patologia, variam culturalmente. Conforme nos relata Sérgio Rouanet (2003), como ilustração, um médico natural de Gana, nascido com sete dedos, falou que se tivesse nascido numa determinada aldeia, situada de um lado do rio, seria morto no momento do parto, pois sua anomalia seria um sinal de má sorte, porém, se tivesse nascido do outro lado, seria festejado como uma pessoa favorecida pelos deuses. Desta maneira, percebi no decorrer da interpretação dos depoimentos, que o corpo "incompleto" era tido, mesmo que não revelado diretamente, como uma situação de anormalidade em que vivia.

"Claro que não é igual a gente tá normal. Nunca vai ser igual (...) O ideal seria eu estar normal, né" (Volnei,63a).

Tomando como referência de identificação e diferenciação seus próprios corpos, alguns participantes, referiam-se ao passado, como um período onde viviam como pessoas "normais", quando seus corpos ainda estavam "perfeitos" e "completos", ou seja, sem as marcas deixadas pela amputação.

"Antes da minha amputação, do meu acidente, eu tinha uma vida como um jovem normal. Eu praticava esportes, eu gostava de dançar, né. Quase todo dia eu tava lá jogando futebol (...) Eu gostava também de dirigir, né. Eu ia pro colégio, eu caminhava geralmente uns 2 km até o colégio, né. Era uma rotina, assim, sempre sabe. Mas era normal (...) Mas, agora com isso, ultimamente, eu nem entrei mais na água. Jogar futebol, nadar, dançar, era bom" (Rogério, 18a).

"Antes da prótese, fazia tudo que uma pessoa normal faz. Ia pescar, de vez em quando dava um chutinho numa bola. Correr, essas coisas assim. Caminhar, por exemplo (...) Eu nunca fui de fazer muito exercício. Ia passear, viajava muito (...) Depois de perder a perna e colocar a prótese, algumas coisas tem que ser eliminadas" (Roberto, 70a).

Portanto, a condição atual, passa a ser vista como um modo de vida "anormal", onde já não conseguem mais enquadrar-se nos padrões naturalizados como sendo "normal". Perdem, assim, não somente uma parte de seus corpos, mas junto com ela a vida "normal" que levavam, a saúde que tinham e a eficiência corporal. Percebemos, então, que o corpo é o tomado como o principal ponto de referência da "normalidade", na medida em que os participantes que conviviam com a diabetes e todas as restrições secundárias à doença, ainda tinham para si esse período anterior à amputação como sendo o "normal". A diabetes, mesmo sendo uma doença que exige um cuidado sobre o corpo de forma contínua, passa despercebida aos olhos do Outro. Porém, seus corpos amputados despertam no Outro o temor de um dia vir a se tornar assim, ou seja, eles ganham visibilidade por sustentarem em seus corpos uma "norma" diferente da habitual. Desta maneira, a amputação tira-os da "zona de sombra", deixando-os expostos a olhares inquisidores. Como nos afirma José Gil (2002), o corpo foi feito para desaparecer, porém quando ele insiste em sua presença, quando dele o indivíduo não consegue se livrar, como ocorre, por exemplo, com a amputação, ele fica condenado a habitá-lo em sua alteridade.

Problematizar tanto a doença como a anormalidade, associadas à amputação pelos participantes, destituindo-as do seu caráter natural significa pensá-las como conceitos que não são naturais, nem tampouco definitivos, mas que dizem respeito à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida. A história da medicalização, sob luz dos estudos foucaultianos, nos mostra como ocorreu o processo de regulação médica da sociedade, a partir da classificação do que é saudável ou doentio, o que é saúde e o que vem a ser doença, o que é normal e o que é

patológico, envolvendo para isso o meio ambiente, as pessoas, os hábitos, os modos de ser. Nesse período, ou seja, no decorrer do século XIX, tudo que escapava aos padrões de sociedade que se tentava impor à população era visto como doença. Para "fazer viver" fazia-se necessário educar a população para preservar sua saúde, surgindo a noção de "autocuidado", onde os indivíduos deveriam aprender a cuidar de si e serem vigilantes de suas próprias atitudes. Em contrapartida, a culpabilização seria delegada tanto aos indivíduos quanto às famílias por seu adoecimento ou prejuízos à coletividade(CECCIM, 1998).

Estas afirmações ajudam a compreender que a relação estabelecida entre vida e saúde, doença e morte, através do controle exercido sobre os corpos dos indivíduos e sobre a vida da população, produziram inúmeras transformações, onde não mais se pensava em "deixar morrer", mas ambicionava-se "fazer viver". Nesse sentido, como nos afirma Denise Sant'Anna (2002), a vida inclui a todo momento a presença da morte, ou seja, vivemos sempre com a noção de finitude de nosso corpo, de "prazo de validade". Cuidar do corpo, então, significa aumentar o prazo de validade de suas várias partes, dilatá-lo em diversas direções, reconfigurá-lo se necessário for. Desta forma, o corpo passa a ser considerado o lugar privilegiado da subjetividade de cada indivíduo, de sua identidade humana, assumindo a função que outrora era destinada à alma. Por isso, torna-se imprescindível conhecê-lo completamente, controlá-lo continuamente, bem como "salvá-lo diariamente", sendo esses os deveres e direitos atribuídos com insistência aos indivíduos que aspiram o sucesso, a dignidade e a felicidade.

A norma, então, vem a ser uma lei imanente, uma regularidade observada e um regulamento proposto. A busca incessante pela norma traz junto consigo a culpabilização, pois sua existência reforça o temor do anormal. Apesar de convivermos com esses resquícios da

Modernidade onde os indivíduos foram categorizados em normais e anormais. Na atualidade, vivenciamos uma fase de transição, com a passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle, bem como a passagem da norma ao risco. Isto significa que os valores maiores de nossa sociedade hoje, parecem ser, na relação consigo o bem-estar, a juventude prolongada, o autocontrole e a eficiência. Já na relação com os Outros, a tolerância, a segurança e a solidariedade, e com o mundo, a preservação ecológica. O prazer e o risco, portanto, assumem uma centralidade na vida dos indivíduos, onde o indivíduo passa a ser informado de tudo que pode potencializar seu tempo de vida, bem como os fatores de risco que podem limitá-lo, ou seja, a finalidade da vida passa ser "consumir sem se consumir" (VAZ, s/d).

O discurso médico da atualidade sobre a saúde, faz com que o indivíduo sintase ao mesmo tempo responsável por sua manutenção e culpado e por sua perda. Numa cultura como a nossa, que trata a dependência como uma condição vergonhosa, o preço pago pelo indivíduo para a aceitação pessoal implica em manter-se submetido ao autogoverno e ao autocontrole, pois o seu valor cada vez mais é medido por suas capacidades que incluem a performance de determinadas tarefas físicas e mentais, como também a sua capacidade de resistir a doenças específicas. Portanto, "força, rigidez, juventude, longevidade, saúde, beleza são os novos critérios que avaliam o valor da pessoa e condicionam suas ações" (ORTEGA, 2002, p.157).

Nas falas de dois dos participantes, que realizaram a amputação da perna em função de problemas circulatórios secundários à diabetes é possível perceber esse sentimento da responsabilização e culpabilização pessoal. Eles afirmam que os cuidados empreendidos em seus corpos, não foram suficientes para "salvá-los", ou seja, para evitar a amputação, e que mesmo

sabendo que um dia isso poderia vir a acontecer, era uma hipótese remota e inconcebível até então.

"E as coisas acontecem quando tem que acontecer. A gente tem cuidado, né. Quem é que não cuida do corpo, né? O próprio instinto de conservação faz com que a gente se cuide. Aí aconteceu! Tudo bem!" (Volnei, 63a).

"Já com 76 anos. Já mais ou menos previa que um dia poderia acontecer comigo. E aconteceu..." (Juliano, 76a).

Cada momento vivido, passa então, a ser portador de uma nova possibilidade de antecipar-se ao mal, que pode ser tanto uma doença, ou sua suposta aparição em determinado momento da vida. Para muitos dos participantes a presença da diabetes se concretizava nesse mal que diminuía o prazo de validade de seus corpos, pois já que não conseguiram antecipar-se ao seu surgimento, nem controlar seus efeitos, o que à vezes ocasionava um sentimento de culpa. Precisavam então, redobrar os cuidados com seu corpo para que nenhuma parte mais fosse "perdida". A intensificação dos cuidados com o corpo também aparece no depoimento de Rogério, cujo participante teve a perna amputada devido a um acidente de trânsito, bem como no de Juliano, que teve a perna amputada em função da diabetes.

"Eu valorizo bastante agora. Todo o resto que eu tenho. Não quero perder mais nada. E agora, ando me cuidando mais" (Rogério, 18a).

"Dava, dou muita importância porque ainda sobrou um pedacinho da perna que dá pra botar uma prótese. Mais uma vez, prova de que o corpo, uma parte do corpo que ficou, é muito importante. Faz muita falta pra gente, e pra tudo né! " (Juliano, 76a).

Os cuidados com o corpo, então, são intensificados quando o indivíduo se depara com a (im)perfeição deixada pela amputação. Paulatinamente o indivíduo aprende a dominar o próprio corpo, disciplinando-o e renunciando à gratificação imediata de suas pulsões. Esse controle sobre o corpo, na verdade, não é isento de tributos, os quais são pagos normalmente com a própria

felicidade. Em nenhum outro momento o corpo foi objeto de interesse tão intenso, nunca foi tão visível e infinito quanto na contemporaneidade. Tanto que a própria idéia de subjetividade migrou da "alma" para o "corpo" propriamente dito. Convive-se ao mesmo tempo com um "amor-ódio" pelo corpo, de "desejo-repulsão", que impregna todo processo civilizatório, configurando uma história nem sempre revelada de renúncias, pelo recalque e solapamento do orgânico, do vital e suas manifestações, no processo de introjeção do sacrifício. O corpo aparece, desta forma, como desejado quando límpido e insípido, distante de tudo que lembre o orgânico, a sujeira e os odores (VAZ, 2003).

Nas falas de três participantes, fica claro que abdicaram de um modo de viver para manter seus corpos "inteiros", mesmo diante de dores, cirurgias, hospitalizações, pois o corpo "completo", mesmo não tendo mais a funcionalidade de outrora, ainda é visto como familiar, como sendo ainda o "seu".

"Eu já tinha amputado os dedos do pé, fazia uns três meses mais ou menos. Depois, tive que fazer raspagem. Vinha vindo, entendeu? E aí, o médico chegou à conclusão que tinha que tirar um pedaço, porque não dava. Embaixo do meu pé, tava oco. Eu às vezes, até pra eu caminhar, eu tinha que andar me equilibrando, pois não tinha mais firmeza. Não tinha o pé todo, né?" (Volnei, 63a).

"Durante muito tempo eu tentei preservar a perna, mas não foi possível (...). Eu tive osteomielite crônica. Não teve como não amputar" (Júlia, 49a).

"Esse tempo todo eu tinha a perna e não usava, né. A minha perna era totalmente deformada. Aprendi a usar muletas. Aprendi a me equilibrar. Tive que aprender tudo de novo, né" (Guilherme, 36a).

Desta forma, junto com o segmento corporal amputado, o indivíduo perde também sua saúde, sua perfeição e eficiência, passando a ser visto como um "enfermo", como alguém

"doente", pois um corpo incompleto passa ser visto como fora do padrão corporal saudável vigente. De acordo com Georges Canguilhem (2000), "ser doente" não significa somente passar a viver uma vida diferente, porque o conceito de doença também está atrelado a um julgamento de valor, "estar doente" significa, da mesma forma, tornar-se alguém nocivo, indesejável ou socialmente desvalorizado.

A partir das entrevistas pude perceber que essa relação entre corpo e amputação, passava também a ser significada de acordo com a quantidade corporal perdida, ou seja, três dos participantes tiveram dedos do pé ou parte do pé amputados anos antes da amputação da perna, sendo que essas partes "perdidas", ainda mostravam-se invisíveis aos olhos do Outro e, também, ainda, permitia aos participantes que levassem uma vida dentro da "normalidade". Somente após terem perdido um segmento corporal maior, como a perna, é que começaram a refletir sobre o que tinha acontecido em suas vidas, sobre as transformações ocorridas em seus corpos e sobre suas limitações funcionais agora presentes, mesmo que isso tivesse sido previamente anunciado quando tiveram que amputar, por exemplo, um dedo do pé, como falam os participantes:

"Eu tava sempre bem, né. Hoje, não. Hoje eu tô pra baixo. Uma pessoa com saúde, como eu tinha. Saúde maravilhosa. Era meu jeito de ser. Era como eu era mesmo, sabe. Sempre fui uma pessoa trabalhadora, né" (Paula, 65a).

"Pra mim é tudo na vida, né. A gente ... eu tenho esse defeito assim, mas outro defeito eu não tenho, né. Sou defeituoso dessa perna, mas outro defeito não tenho. Tenho saúde. Coração bom. E vivo aproveitando o resto. Sou aposentado, né" (André, 82a).

As diferenças estampadas nos corpos amputados, produziram diversos tipos de sentimentos, como aparece nos depoimentos dos participantes acima. Existe, para eles, uma ligação direta entre a amputação e a perda da saúde, assim como um julgamento de valor

relacionado à (im)perfeição presente. Como nos afirma Sadao Omote (1997), apesar de sabermos que são infindáveis as diferenças entre as pessoas, algumas características corporais destacam-se mais que outras, como por exemplo as marcas da amputação, as quais são atribuídas como uma diferença desvantajosa entre os indivíduos, podendo levar a um descrédito socialmente construído.

Para Lucien Sfez (1996), a vida e a saúde do corpo sempre foram uma preocupação para o ser humano. Ele afirma que o século XIX é um marco na história dos cuidados com o corpo, pois o mesmo caracterizou-se por uma ênfase na higiene, na saúde física e moral, sendo portanto um período marcado por repressões. Para tanto, cita Graham como exemplo, o qual fazia uma correlação entre o moral e o medicinal, ou seja, boa saúde e bom caráter andam juntos. Nesta concepção, melhorando a saúde, melhoramos nossas capacidades morais, e assim, vice-versa. Portanto, deveria-se restaurar a moralidade plugando-a no corpo, passando o controle sobre o corpo de uma assunto eminentemente técnico, para um assunto político e moral.

O fracasso em atingir e manter os ideais de saúde e de perfeição corporal são vistos, então, como uma "vontade fraca". A ideologia presente na atualidade, da saúde e da perfeição corporal nos faz acreditar que uma saúde pobre seja derivada de uma falha de caráter, um defeito de personalidade, uma fraqueza do indivíduo, uma falta de vontade. O indivíduo, nessa concepção, passa a ser o único responsável por sua doença, sendo, assim, merecedor das doenças que o acometem. O seu sofrimento, por esta razão, nem sempre é reconhecido, sendo ele fruto de sua própria culpa, pois cada um é dono de seu próprio destino (ORTEGA, 2002).

O depoimento de *André* ilustra essa relação entre perfeição corporal e responsabilidade pessoal, onde a presença de um "defeito" corporal pode ser entendida como um fracasso no cuidado de si.

"Não vou perder meu valor porque perdi uma perna, né. Eu acho que o valor da pessoa é o mesmo, né. A gente que faz o valor da gente...Agora vou botar essa perna, viver mais um pouco, e quando chegar a hora de partir, tem que partir..."(André, 82a).

Para *André* se fez necessário negar a presença de um outro defeito associado a si mesmo, além daquele produzido pela amputação. Fez questão de afirmar, também, que tem um "bom coração" e ainda é uma pessoa saudável, apesar de ter um corpo "incompleto". Olhando para si de uma outra forma, percebe-se uma tentativa de sua parte de desestabilizar e desnaturalizar essa relação estabelecida entre saúde e moralidade, ou seja, o indivíduo pode ter um corpo com "defeito" como ele falou, mas ainda ser saudável e ter um bom caráter. Isso nos mostra, que viver numa sociedade que valoriza o corpo "perfeito", faz com que aquele que apresenta algum tipo de (im)perfeição, tenha que provar para o Outro a reminiscência de algumas qualidades pessoais que não foram amputadas junto com sua perna.

Portanto, além da "(im)perfeição" estampada em seus corpos e marcadas em suas subjetividades, da inércia da vida secundária à amputação, o indivíduo tem que suportar a presença da dor, a qual lembra a todo momento que o corpo e alma padecem, como fala um dos participantes que sofreu um acidente de moto e que passou por inúmeras cirurgias antes de amputar sua perna.

"Eu entrei num período meio depressivo. Bastante depressivo. Passei por uma fase bem difícil. Eu me senti inútil, porque eu não conseguia fazer nada. Eu me sentia inútil. Minha vida era ficar em casa, em cima de uma cama, sentindo dor" (Guilherme, 36a).

A partir do depoimento de *Guilherme*, percebemos que mesmo antes da amputação, o corpo passa a ser o lugar da dor e do sofrimento, ou seja, a dor inscreve-se no corpo, o desestabiliza, causando desassossego. No lugar de ser um limite para a vida, a dor configura-se como aquela que mostra os limites de nosso corpo. Refletir, então, sobre os efeitos provocados pela dor nos faz deparar com os inúmeros sentidos que estiveram a ela ligados no decorrer da história.

Antes da descoberta da anestesia em 1846, a dor física podia adquirir vários significados, como por exemplo, sentir dor podia exercer um papel enobrecedor, contribuindo para a boa formação do caráter, especialmente quando se tratava dos homens. As dores podiam ter uma função pedagógica, pois ensinavam a valorizar o ser humano, principalmente no que diz respeito às virtudes da coragem e da persistência. Desta forma, a dor era vista com naturalidade, que hoje para nós, pode parecer estranha, onde convivemos numa época de extrema naturalização da saúde e do prazer infinitos. Vemos, então, que os diversos sentidos atribuídos à dor também são produzidos historicamente e, que hoje a vergonha de estar doente parece ter sido naturalizada, sendo desculpável somente à criança queixar-se de dor, pois ainda não é totalmente responsável pelo seu corpo (NETO, 2002; SANT'ANNA, 2001).

Sofrer, então, é a condição primeira do corpo, é a condição de estar exposto ao fora. O corpo, desta forma, sofre de sua exposição à novidade do fora, ele sofre de ser afetado. O sujeito deve, portanto, primeiro suportar o insuportável, para depois viver o inviável, montando mecanismos de defesa, se protegendo contra ferimentos que sofre, tanto por meio da fuga pela insensibilidade, ou por processos de imobilização, de fechamento e de enclausuramento. O ser humano utiliza-se, diante da dor e do sofrimento, de todas as suas artimanhas e subterfúgios

como potência para resistir, mesmo caindo, ficando deitado, rastejando, o que nos faz pensar que jamais saberemos de fato "o que pode o corpo?" (LAPOUJADE, 2002).

Através dos depoimentos dos participantes, fica claro o quanto eles são capazes de suportar a presença de dores reais e simbólicas em seus corpos e em suas almas, como uma forma de resistir à "morte". Para tanto, suportam o sofrimento ocasionado pelas inúmeras cirurgias realizadas nas tentativas de manter seus corpos "completos", bem como períodos infundáveis de hospitalização e de confinamento na cama. Toda essa experiência vivenciada em seus corpos, fizeram com que os participantes se deparassem, também, com uma outra maneira de viver, ou seja, tornaram-se "pacientes". Isto ficam visível na fala de um dos entrevistados:

"Ao todo foram catorze cirurgias (...). A minha vida acabou parando por causa disso. Eu estudava na época (...)Minha vida era internar no hospital (...) O ambiente do hospital é diferente do ambiente da vida real. Tudo adaptado, né. As pessoas são preparadas para lidar, trabalhar com isso, né. Então, a gente não sente preconceito, né. É diferente(...) Eu levei um choque quando voltei para casa. Puxa! O mundo não tá preparado para mim, ou eu não estou preparado para o mundo. O mundo não pára. É difícil viver nesse mundo" (Guilherme, 36a).

Tornar-se paciente, então, significa suportar o sofrimento corporal, o qual hoje, não é mais exigido como um pré-requisito para a purificação da alma, mas o próprio corpo tornado alma deve, portanto, purificar-se de todos os seus males. Oliver Sacks (2003), em seu livro intitulado *Com uma perna só* retrata essa situação, na qual o indivíduo passa a ser posicionado num lugar social diferente daquele que ocupava antes. Portanto, a transformação do indivíduo em paciente, faz com que ele se depare com uma série de separações, rupturas e sofrimentos. Uma vez internado, o indivíduo, agora um paciente, acaba sofrendo uma ruptura com seu cotidiano, o que pode desencadear um sentimento de "falta de existência", como se sua vida de repente ficasse em *déficit* com o mundo. Ele abdica da família, da sua casa, do seu bairro, do seu trabalho, dos

amigos e começa, então, a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades, que tendem a ser anuladas em favor da sua condição de paciente. Deixa, também, de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê isolado abruptamente da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade. Toda a vivência de separações inclui a fragmentação do tempo, do seu corpo e das atividades, implicando viver na angústia da espera (SANT'ANNA, 2001; VAZ, 2003; SACKS, 2003).

Tornar-se um paciente, portanto, pode ser visto como uma situação provisória que o indivíduo vivencia com o intuito de "salvar o seu corpo" da degenerescência. Com certeza, paga um alto preço por isso, pois acaba perdendo todos os seus referenciais de identificação, precisando reconstruí-los a partir de um outro lugar, ou seja, seu corpo deixa de se submeter somente ao seu autogoverno, para ser governado pelas regras do saber médico. Somente passando por esse processo é que o indivíduo, então, poderá novamente apropriar-se do "seu" corpo, e quem sabe também, passar a ser visto como alguém "saudável".

Como afirma Edvaldo Couto (2003), na atualidade, o indivíduo saudável será, então, aquele que luta ferozmente contra o seu próprio destino traçado por sua configuração biológica. A doença passa, desta forma, a ser considerada o desleixo, a conformidade com as formas físicas defasadas, um erro provável, uma tendência inscrita nos genes. Contrariamente, a saúde passa a ser vista como uma construção que requer a atualização do corpo por intermédio das tecnologias disponíveis na sociedade que minimizem os males que podem acometê-lo. Ser saudável hoje, significa portanto, transgredir, se programar, se construir, ou seja, reelaborar múltiplas versões do seu *design* corporal, para que possa enquadrar-se nos modelos e nas exigências da contemporaneidade.

A medicalização modificou a concepção de corpo humano, pois esse passou a ser visto como uma máquina, como se de fato pudesse ser analisado de forma fragmentária, através de suas peças, mecanismos, engrenagens, sistemas de encaixe e disjunção, alimentação energética, etc. A saúde era vista, então, como o bom funcionamento da máquina, sendo a doença a sua falha, o seu defeito ou o seu desgaste mecânico. A intervenção terapêutica no corpo seria, assim, a prática restauradora ou corretiva para o retorno ao bom funcionamento corporal (CECCIM, 1998).

Para Ricardo Ceccim (1998) é assim que surgem as metáforas para falar do corpo humano, onde ele passa a ser visto

como um automóvel, a alimentação como o combustível, os sistemas vitais como o motor, as noções de que quando falha o motor deve-se procurar o mecânico (o médico), ir periodicamente ao médico para as revisões, substituir as peças que estragam (remoção de órgãos, próteses, implantes e transplantes), usar aditivos para melhorar o desempenho da máquina (uso de medicamentos e complexos vitamínicos) e, ainda, as noções de células como tijolinhos, proteínas como material de construção, aparelho digestivo como caldeira de vapor, cérebro como computador, etc. (p. 40).

Cada vez mais se faz necessário superar limites, vencer barreiras, operar correções, equipar a infra-estrutura do corpo para deixá-lo mais eficiente, produtivo, performático, saudável e "válido". O ser humano está cada vez mais assistido por máquinas e seus *softwares*. A indústria do *design* corporal anuncia que cada um pode dispor das formas idealizadas, modificar e construir a aparência desejada, reforçar e tornar mais dinâmico o funcionamento do seu organismo. Praticamente, cada parte do corpo pode ser substituída, refeita ou reconfigurada. O corpo passa a ser uma estrutura moldável cujas peças desgastadas, envelhecidas e doentes podem ser trocadas, atualizadas e potencializadas (COUTO, 2003).

Um dos participantes da pesquisa, além de ter realizado a amputação de sua perna em função da diabete, também tem um marcapasso cardíaco, o que o fez olhar para o seu corpo como se ele fosse uma máquina, onde as peças desgastadas podem ser trocadas com o intuito de prolongar o "prazo de validade", ou seja, o seu tempo de vida. Outro participante, no entanto, enfatiza o "corpo perfeito", referindo-se ao corpo que não sofreu nenhum tipo de amputação.

"O significado do corpo é o mesmo que uma máquina. Se estraga uma peça pára, emperra, né. Ou tira e, pra botar outra, às vezes não funciona. E o corpo completo é uma coisa óbvia, fundamental. Não se pode desprezar nunca. É muito diferente, muito. Tudo que a gente gostaria de fazer, aí dá valor pro corpo todo, né" (Juliano, 76a).

"É aquela velha história. Quando a gente tá todo perfeito, a gente não dá bola. Depois que perde, começa a pensar como era importante aquilo pra gente, né. Eu acho que as pessoas têm as duas pernas e os braços, vivem reclamando da sua aparência, ou vivem reclamando da vida ..." (Rogério, 18a).

Percebemos nos depoimentos acima que os dois participantes referiram-se aos corpos, antes destes serem submetidos a algum tipo de intervenção técnica como sendo "corpos perfeitos", expressando de alguma forma, a afirmação de Lucien Sfez (1996) de que "ser perfeito é ser completo" (p.315). Portanto, se partirmos dessa premissa, os participantes consideram que seus corpos passaram a ser (im)perfeitos após a amputação e que esta incompletude deveria ser "preenchida", quem sabe, com o uso das próteses. Vemos, desta forma, que para aquele que sofreu uma amputação, a referência de perfeição corporal é realizada a partir de um corpo completo, sem nenhuma ausência. Sendo assim, podemos afirmar que, para cada indivíduo, o que vem a ser um corpo "perfeito" não é algo estanque, mas que está diretamente relacionado à sua história de vida, que é unívoca e intransferível.

Relativizando essa concepção de que somente os corpos amputados é que são imperfeitos, vemos que, de uma forma geral, os corpos contemporâneos passam a ser vistos como absolutamente imperfeitos, o que o faz tornarem-se um campo de todas as experiências possíveis. Eles transformaram-se em máquinas ruidosas a serem reparadas a cada movimento, ou então, tornaram-se máquinas defeituosa, rascunhos apenas, sobre os quais a ciência trabalha com o intuito de aperfeiçoá-los continuamente. Na atualidade, portanto, corremos o risco de produzir corpos sem limites, sem (im)perfeições e, também, sem história, na medida em que tentamos apagar com auxílio das tecnologias, da medicina, da alimentação, de remédios, entre outras, as marcas do passado inscritas em nossos corpos (KHEL, 2003; NOVAES, 2003).

Precisamos, portanto, refletir sobre as marcas que nos inscrevem, as quais muitas vezes, falam por si só sobre a nossa história pessoal. Talvez, a ânsia em amenizá-las ou apagá-las totalmente em nossas vidas tenha a ver com os efeitos que elas nos produzem, os quais nem sempre são suportáveis ou desejados por nós. Nesse sentido, o próximo capítulo da discussão nos convida a compartilhar com os participantes os sentimentos que afloraram com as marcas produzidas a partir da amputação de uma parte de seus corpos, como olharam para si mesmos após essa intervenção técnica e, como também, tornaram possível habitar novamente seus corpos, apropriar-se deles, após a transformação ocasionada pela amputação.

3.2 Corpos amputados: um processo subjetivo de estranhamento e (re)familiarização

*"Queremos ser iguais
para nos protegermos,
nos escondermos.
Ou somos idênticos,
ou nos denunciemos".
(ORTEGA, 2002, p. 170)*

Nosso corpo é a nossa principal referência para construção de nossa identidade. Nos acostumamos e, portanto, naturalizamos, as mudanças e transformações que ocorrem em nossas materialidades corporais e em nossas subjetividades, inerentes ao processo de viver, convivemos com a certeza de nossa efemeridade e com a incerteza de um futuro por-vir e, embora soframos inúmeras mudanças, ainda continuamos a ser reconhecidos pelo Outro e a nos reconhecer como sendo os mesmos. Isso significa, que aceitamos com maior naturalidade algumas marcas corporais, como as produzidas pelo processo de "envelhecer", do que outras, talvez porque cada uma delas traga consigo significações sociais diferenciadas.

Conforme Miguel Barrenechea (2002), o corpo humano muda continuamente no decorrer de sua vida, pois se mostra submetido a forças vitais que o comandam. Por isso, não há estruturas estáveis no indivíduo, nem espirituais, nem materiais, ou seja, seu corpo é gerido continuamente por uma sucessão ininterrupta de experiências momentâneas e pontuais. Desta forma, o ser humano não é, não tem consistência, constituindo-se, então, como um brinquedo do devir, um campo de batalha de inúmeros impulsos em confronto. Para o autor:

Aqueles que almejam identidade, permanência, fixidez, a transitoriedade da vida pode apavorar. O guia condutor do corpo mostra que o homem é corpo, justamente, como movimento e transformação. Se pudessemos detectar nele alguma condição "essencial", revelada pelo guia corporal, seria, justamente a de carecer de consistência. O homem é indefinido e indefinível (p. 186).

Desta forma, o corpo em sua trajetória de vida é marcado pelas inúmeras experiências que vivencia, sejam elas alegres, tristes, intensas, prazerosas, entre outras. Vive-se com a memória do passado, com a incerteza do dia de amanhã e com a certeza de que um dia a morte chegará. De acordo com Aurélio Guerra Neto (2002), o corpo humano se caracteriza por ser vítima de algo

que ele chama de "enfermidade congênita" que o marca como um estigma. Desta forma, por mais belo que o corpo seja, por mais frescor ou vitalidade que tenha, ele não escapará à tirania do efêmero e do passageiro, ou seja a lei da existência humana é a "impermanência". O corpo humano mostra-se suscetível aos efeitos do tempo e das doenças, por isso, muitas vezes, é visto como insuficiente, defeituoso, limitado, opaco e efêmero, opondo-se desta forma ao corpo dos deuses, que será sempre perfeito, auto-suficiente, ilimitado em seu campo de ação e eterno.

De acordo com Joan-Carles Mèlich (2001), apesar da vida do ser humano transformar-se continuamente, sua finitude é insuperável. Portanto, somos resultado tanto de ações premeditadas, quanto de casualidades, de contingência, sendo nessa tensão que se inscreve toda vida humana, toda a construção de identidade. Somos, também, o relato que nos contamos e que nos contam, inacabado, que não se pode terminar. Somos, então, um relato que só tem fim com a morte, pois ela se configura como o fim do trajeto. Para o autor, o ser humano está de passagem no mundo, sendo ele o convidado da vida.

Mesmo sendo uma passagem, um fluxo, a vida deixa marcas inscritas nos corpos dos indivíduos, as quais podem ser pensadas a partir de dois prismas distintos, ou seja, algumas são "fatos inerentes" das nossas vidas, e outras são "acontecimentos" inesperados, os quais não fazem parte necessariamente da vida de todos nós. Incluímos nesse último grupo as amputações adquiridas¹⁶, as quais acontecem de forma abrupta na vida somente de algumas pessoas, não sendo portanto, um fato considerado "natural", nem comum de ser esperado. A amputação é realizada a partir de uma intervenção cirúrgica que objetiva extirpar o segmento comprometido

por algum tipo de patologia, como os problemas circulatórios secundários à diabete, ou trauma, como por exemplo um acidente de trânsito. Essa mudança corporal provocada pela amputação faz com que o indivíduo estabeleça um novo tipo de relação com seu corpo, agora com "ausências", sendo necessário apropriar-se dele, o qual por alguns momentos deixa de ser reconhecido como sendo verdadeiramente "seu".

A amputação caracteriza-se como uma intervenção médica realizada no corpo humano já há bastante tempo. Com o passar dos anos, devido à descoberta da anestesia, com o controle das infecções e por meio dos avanços tecnológicos, foi possível realizar cirurgias com menores riscos de vida e com melhores resultados estéticos e funcionais. Ao recorrer à história, alguns autores identificam como sendo a primeira amputação a que foi descrita por Hipócrates, na Grécia Antiga. Em torno do ano 100 d.C., Celsius descreveu a ligadura dos vasos sangüíneos na cirurgia de amputação. No decorrer da Idade Média, esses ensinamentos se perderam, pois os conhecimentos adquiridos a respeito do corpo humano ficaram retidos nas mãos dos monges nos conventos religiosos. Nesse período voltou-se a utilizar métodos considerados bárbaros, como a cauterização, estancando os sangramentos e hemorragias com óleo fervente ou ferro quente. Somente em 1510, Ambroise Paré, um cirurgião militar francês, resgatou a técnica da ligadura dos vasos, o que permitiu melhores resultados e maior chance de sobrevivência nas cirurgias de amputação, pois esse era ainda um período onde não se conhecia a antisepsia, nem se conhecia a existência de bactérias (GUEDES, 2004).

¹⁶ *Amputação adquirida* é aquela ocasionada por uma intervenção cirúrgica, onde o segmento corporal acometido é extirpado, diferentemente da *congenita*, onde o indivíduo já nasce com uma malformação, ou seja, a agenesia (ausência) de um segmento corporal.

Na atualidade, a amputação ainda é uma realidade que acomete um número expressivo de indivíduos, sendo que as possibilidades de viver, mesmo depois de ter um segmento corporal extirpado, são bem maiores se comparado a décadas atrás, devido aos avanços tecnológicos que permitiram conhecer em detalhes o corpo humano e seu funcionamento. Segundo dados apresentados durante um congresso realizado pela Dra. Christina May Moran de Brito (2003), no Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde, o censo demográfico brasileiro do ano 2000, estimou uma população de amputados de aproximadamente 500 000 habitantes. Nos Estados Unidos ocorrem em torno de 43 000 novas amputações a cada ano. Destas, a maioria é devida a doença vascular, sendo que 90% envolve os membros inferiores. Aproximadamente 5% das amputações realizadas são de tornozelo e pé, 50% são amputações abaixo do joelho, 35% acima do joelho e entre 7 a 10% são desarticulações do quadril (retirada total do membro inferior). Dentre os fatores causais mais frequentes das amputações de membro inferior adquiridas encontram-se os traumatismos (acidentes de moto, atropelamentos, etc.), e as doenças vasculares secundárias à diabetes, ao tabagismo e à hipertensão, sendo estas mais frequentes nos indivíduos com idades variando entre 50 a 70 anos. Outra circunstância a ser considerada em alguns países tais como: Angola, Moçambique, Uganda, Camboja e Vietnã, são as minas terrestres, heranças das guerras, que continuam provocando mutilações. O número de amputações, por exemplo, no Camboja é de 36 000 (1/256 habitantes), enquanto que nos Estados Unidos esse número é de 1/22 000 habitantes.

Podemos citar como exemplos de amputações adquiridas, casos de algumas pessoas com visibilidade na mídia, tais como: Lars Grael, velejador brasileiro, Heather Mills, esposa do cantor Paul McCartney e Alessandro Zanardi, piloto italiano, os quais já eram conhecidos, mas que tiveram uma maior projeção após os acidentes sofridos, tornando público, então, suas

experiências de vida após a amputação. Lars Grael, em setembro de 1998, foi atropelado por uma lancha enquanto velejava, perdeu 70% de sangue e teve a perna direita amputada. Recuperou-se bem do traumatismo, mas não utiliza prótese, preferindo fazer uso das muletas. Heather Mills, esposa de Paul McCartney, em agosto de 1993, foi atropelada ao atravessar uma rua em Londres, por uma motocicleta da polícia. O acidente ocasionou a amputação da sua perna esquerda. É usuária de prótese, tendo vários modelos diferentes que possibilitem o uso, por exemplo, de salto alto ou baixo. Alessandro Zanardi, após um acidente no Autódromo de Lausitzring, em setembro de 2001, teve ambas pernas amputadas. Atualmente, também é usuário de prótese bilateral, adaptou o seu carro de corrida e está pensando em retornar às pistas. Todos os casos citados, tornaram-se mais conhecidos após a amputação, porém, sabemos que algumas pessoas, até então desconhecidas, saíram do anonimato após o acidente, como foi o caso da professora Andrea Lisboa Salgado que foi atropelada por uma lancha e teve as duas pernas amputadas em outubro de 2003.

Refletir sobre os efeitos causados pela amputação adquirida no corpo e na vida do indivíduo, leva-nos a pensá-la como algo inesperado, como uma casualidade. Ao invés de ser visto como um procedimento necessário, a amputação passa a ser vista como algo fatal e problemático, ou seja, como um acontecimento. São devires que escapam ao controle, que não cessam de fazer enfrentamento e, que rompem com o vetor linear do tempo histórico, do esperado, do que seria o "natural". O corpo amputado passa, então, a ser visto como um campo de batalha, exposto ao olhar do Outro, desvelado. É um local onde os acontecimentos concretos são escritos e inscritos como cicatrizes, como alfabeto de dor e sofrimento (POMBO, 2002; VILELA, 2001).

Nessa perspectiva, podemos pensar a amputação como um acontecimento causador da morte real de uma parte do corpo do indivíduo, como também, da morte simbólica de um estilo de vida, de uma forma de ser, de uma identidade. A história que vinha sendo construída até o momento da amputação, fica interrompida, chega ao fim, pois o indivíduo passa a narrar sua história de vida em dois momentos distintos, ou seja, antes da amputação e depois da amputação. O corpo amputado revela um passado que passa a ser presentificado a todo momento.

Através dos depoimentos dos participantes, fica visível os efeitos imediatos produzidos pela amputação, sendo estes independente do fator causal (diabete ou um traumatismo), pois em ambas situações o inesperado toma conta da vida do indivíduo.

"Foi horrível ! Foi horrível ! Quando eu vi que o médico tinha me tirado a perna...Eu já sabia, mas não achava que a reação era a que eu tive. Foi péssimo mesmo. Eu achei que ele ia tirar o pé, né. Não era toda a perna. Bah! Entrei aqui inteiro e agora vou sair sem uma perna" (Volnei, 63a).

"Bom, eu não tive muito tempo pra pensar. Mas, antes eu já sabia e tinha que tomar uma decisão. Aí, fui lá, amputaram a perna. Então, a gente leva, assim, um choque. Não vou dizer que fiquei satisfeito, senão, eu estaria dizendo bobagem. Mas, eu me conformei" (Roberto, 70a).

"Em relação à amputação, foi muito difícil. Tu vê, tanto é que durante 6 anos eu tentei manter a minha perna. Ela tava toda danificada, tava feia, tava enorme...Mas, mesmo assim, era a minha perna. Eu tinha vontade de manter ela. Fiz doze cirurgias na perna. Eu só não mantive ela porque chegou um momento que eu tive que optar entre a perna ou a minha vida. Se eu não amputasse a perna, eu ia morrer. Então, eu tive que amputar. Foi uma decisão muito difícil" (Júlia, 49a).

"No começo, eu fiquei, assim, muito chocada, né. Quando aconteceu isso com a minha perna. Mas, eu nem demonstrava pra minha família, parecia um pesadelo, né. Hoje, não ! Hoje eu tô satisfeita porque eu sei eu vou caminhar, né. Eu me deitava na cama e pensava: Meu Deus, não pode ser! Eu vou acordar e vou saber que isso é um pesadelo.... Hoje eu tô conformada"(Corina, 79a).

Para a maioria dos entrevistados, a experiência de ter uma parte do corpo amputada foi uma situação estressante, um "pesadelo" como foi referido por um deles, onde o desejo era poder

acordar e encontrar o corpo "inteiro" novamente. Nesse caso, o médico representa simbolicamente aquele que transformou o corpo do indivíduo, ou seja, aquele que precisou optar pela "morte" de uma parte para dar vida a todo o restante. Mais do que nunca o imperativo é "fazer viver" , mesmo que para isso o indivíduo tenha que abdicar de uma parte de si, de um modo de vida para (re)viver numa outra "forma" corporal.

"Antes eu me determinava. Agora eu sou determinado (...) começando por aí. Tudo o que eu queria fazer, eu fazia. Agora..." (Volnei, 63a).

"Mudou. Mudou muito. Porque eu sempre me governei. Agora eu tenho que ficar, assim, meio que na minha, né. Eu não me encontro com aquela autoridade" (Paula, 65a).

Conforme nos afirma Nízia Villaça (1998), os indivíduos atribuem a partes de seu corpo, como por exemplo o sangue, o esperma e o coração, uma carga parcial ou total de sua identidade. Portanto, amputar uma perna pode significar a perda de uma referência, de uma identificação com relação ao Outro, pois o seu corpo "diferente", não serve mais como um parâmetro de igualdade. Por isso, muitos participantes referem-se ao seu corpo após a amputação como um estranho, como algo pouco familiar, como se ele se tornasse repentinamente um desconhecido. Ainda identificam-se com seus nomes próprios, como *André, Volnei, Corina, Guilherme*, mas estabelecem uma relação de estranhamento com aquilo que sempre lhes foi tão próximo, ou seja, os seus corpos, agora "incompletos".

O paradoxo do corpo, para José Gil (2002), está no fato dele ser articulável num todo orgânico, onde cada membro que o constitui guarda a sua autonomia, seguindo direções próprias. Essa sua característica, de fato, é que permite que o corpo possa ser desmembrado sem ser destruído. Mas, também, faz com que o corpo não possa mais existir, nem ser definido como "corpo próprio", pois ele perdeu a integridade de todos os seus membros. Ao nos reportarmos,

então, ao corpo amputado, vemos concretizada essa possibilidade de desmembramento de uma de suas partes, onde ao invés de ser destruído, ele ganha uma nova vida ao ser transformado. Concomitantemente, ao perder a sua integridade, ao tornar-se um corpo incompleto, ele passa a existir e ser subjetivado por outros olhares sociais.

O receio de como será a vida habitando um corpo diferente, de um futuro por vir cheio de incertezas, faz com que muitos dos indivíduos adiem o máximo possível o momento da amputação. Por esta razão, para alguns dos participantes, a amputação não foi algo imediato, por muito tempo tentaram preservar a parte corporal lesada, mesmo que ela já tivesse perdido sua funcionalidade, pois apesar disso ela ainda continuava sendo sua. Apesar de todo o esforço para manter seu corpo íntegro, chegou um momento onde se fazia necessário tomar uma decisão, como aparece nos relatos de dois participantes que realizaram várias cirurgias, após terem sofrido um acidente.

"Foi uma decisão, assim, partiu de mim mesmo. Eu queria amputar a perna. Eu botei, pesei na balança os prós e os contra de tudo aquilo, né. Eu pensava na amputação, pensando na prótese (...) Aí fui fazer a amputação e tudo bem. Eu achei...Tudo bem, não, né ! A gente sempre acha que tá preparado. Eu achava, assim...Eu me sentia, assim, uns 80% preparado. Mas, tinha aqueles 20% que me incomodava de noite, né. Os 20% que eu ficava pensando. Bah ! Será que devo fazer mesmo? Mas, os 80% diziam que sim. Aí fui para a cirurgia e tal. Tudo correu bem. E eu achei que eu ía me sentir estranho quando eu amputasse a perna" (Guilherme, 36a).

"Eu pensei, assim, que eu tivesse preparada. Sabe, porque eu já tinha decidido... mas, não. Tu nunca tá preparado, sabe. Quando eu acordei depois da anestesia, né, depois da cirurgia,... eu não tinha coragem de olhar para a minha perna. Porque tu continua sentindo a perna, sabe. Eu sentia, assim, uma sensação de peso, porque ela tava muito pesada, a perna, sabe" (Júlia, 49a).

Portanto, a decisão, a partir da ótica de Heidegger, constitui uma "experiência limite", que inclui uma ação sobre si mesmo. Ela também pode ser pensada em termos foucaultianos, ou seja, como um processo de desconstrução de si, o qual irá instaurar novas formas de relação consigo

mesmo e com os Outros. Essa transformação de si mesmo, afeta tanto o indivíduo, o qual tornou-se o sujeito do cuidado de si, mas altera também, de forma relevante, a sua própria relação com os Outros. Isso significa, então, que a modificação corporal ocasionada pela amputação não limita-se ao corpo do indivíduo, repercutindo também no existir cotidiano coletivo, transformando-o (DUARTE, 2002).

Nos depoimentos dos participantes, vemos um ponto em comum em suas narrativas o fato de todos terem se tornado amputados após uma intervenção cirúrgica, porém, essa marca inscrita em seus corpos, ao mesmo tempo que os identifica, também os diferencia, na medida em que ela produziu em cada um deles efeitos singulares.

Para *Paula*, a amputação da perna lhe deixou deprimida, o que foi possível de visualizar durante a entrevista, onde mostrava-se cabisbaixa, falando de forma pausada. Assim como estava sendo difícil elaborar a nova condição em que se encontrava, também era difícil falar sobre o que tinha lhe acontecido, como mostra abaixo alguns fragmentos de seu depoimento.

"Eu envelheci uns 10 anos, sabe, mais... Eu sempre tava de bem com a vida. Eu gostava muito de fazer as coisas diferentes, sabe. Agora, mal dá pra mim defender o necessário (...) Antes eu valorizava muito o meu corpo. Antes, né. Mas, depois que aconteceu isso aqui, nada tem mais valor para mim (...). Já faz tempo e assim, não posso me acostumar(...) Ah! Meu Deus! Coisa feia faltar um pedaço da gente. Que coisa horrível! Eu acho horrível!" (Paula,65a).

De acordo com David Le Breton (1995), a condição do ser humano é corporal, pois é seu corpo que o separa do Outro, que o individualiza, aquilo que estabelece a fronteira da sua identidade pessoal. Se o ser humano não existe senão por meio de suas formas corporais que o colocam no mundo, toda modificação de sua forma faz com que uma outra definição de sua humanidade seja construída. Isso significa que subtrair dele uma parte, como no caso da

amputação, ou acrescentar alguma coisa como por exemplo, uma prótese, faz com que o indivíduo seja colocado numa posição ambígua, intermediária, afetando simbolicamente o seu vínculo social.

Após a amputação, tanto o indivíduo como seu corpo tornam-se ao mesmo tempo desconcertantes e desconhecidos, pois ambos já não obedecem a qualquer modelo de racionalidade predominante, pois os padrões corporais que lhes são oferecidos, tornam-se inviáveis como modelos de semelhança. O seu corpo amputado que sempre foge de possíveis enquadramentos, confirma a todo momento ou explicita a diferença, caráter indisfarçável, como nos diz Nilson Moraes (1998) , de eterno estrangeiro aos olhos dos outros. Trata-se, então, de uma incômoda condição, condenação ou maldição, pois tornar-se portador de um corpo estranho ou diferente, significa para o indivíduo não ter lugar ou território de origem, o que se perdeu junto com a sua corporalidade irrecuperável.

De acordo com a concepção de Júlia Kristeva (1994), a estranheza e a alteridade podem ser pensadas sob diferentes perspectivas. O estrangeiro pode ser um vizinho calado, aquele que não é do nosso time, partido, grupo, turma, não importa. Na verdade, a condição de estrangeiro é dada por qualquer um diferente de nós mesmos, ou seja, o outro. Neste sentido, pode-se pensar que o corpo que passou por um processo de amputação "torna-se um estrangeiro", pois os seus atributos até então familiares, são extirpados juntamente com o segmento que perdeu. O corpo amputado é aquele que vive na ambigüidade de um dia ter sido um corpo "completo" em sua materialidade orgânica e que abruptamente é posicionado no lugar da diferença, da alteridade, tornado um estrangeiro para o outro e para si mesmo. Isto lança aos demais e a si mesmo um desafio: "Não sou como você". Quem sou eu agora?

Para *André*, apesar de ser um dos participantes mais idosos da pesquisa, sua idade não foi citada como um fator que o desvalorizasse, porém a amputação de sua perna significou para ele tornar-se um "inválido", ou seja, ele deixou de ser independente para depender dos Outros para realizar todas as suas atividades diárias.

"Fiquei muito sentido. Fui um homem que sempre dependi só do meu corpo, né. Não vivia dependendo de ninguém. Depois ficar assim, inválido, assim. A gente perde toda a atividade da gente. Eu senti muito... Bicho. A gente fica igual a um bicho, né. Um animal, aí, que se desastra, aí, depois não pode...É brabo" (André, 82a).

Ele comparava sua situação presente, de ter se tornado um amputado, como um bicho que se acidenta e perde sua potencialidade. Com relação a cadeira de rodas, a qual ainda era utilizada para locomover-se, pois ainda não estava usando a prótese, referia-se a ela como um "matadouro". Em seu depoimento, podemos perceber o que Le Breton afirma sobre a condição humana, onde a perda de uma parte corporal, como a amputação, pode levar o indivíduo a sentir-se menos humano por portar um corpo (im)perfeito.

Já no depoimento de *Júlia*, os efeitos da amputação de sua perna, após um longo período onde realizou várias cirurgias, somaram-se ao fato de também ter engordado. Essas transformações ocorridas simultaneamente em seu corpo fizeram com que se sentisse um "monstro", não reconhecendo-se mais como igual ao Outro, mas a falta da perna lhe remeteu a uma posição de alteridade.

"Eu, antes do acidente, pesava 60kg. Hoje eu tô com 90Kg. Então, isso é horrível. Eu sinto, assim, se eu me olho, se eu paro na frente do espelho, eu me sinto um 'monstro' ...É horrível pra mim ter engordado, porque eu sempre fui uma mulher bonita. Eu gostava de me sentir bem, assim, com o meu corpo. Essa coisa de eu ter engordado, faz muito mal. É terrível. Além do que, carregar todo esse peso, também é difícil. Sei que não me sinto bem com todo esse peso, sinto muito mal, até(...)A falta de uma perna....Eu acho que mudou pra...mudou bastante.

Apesar dos pesares, mudou pra pior, né (...) Eu sinto falta da minha perna, eu penso nela. Eu sinto, assim, mais como uma diferença das outras pessoas, sabe" (Júlia, 49a).

O corpo, então, pode ser considerado um "espaço-tempo" que tudo atesta, pois as marcas do que viveu estão nele inscritas, como no caso de *Júlia*, a amputação de sua perna e a obesidade. Na contemporaneidade, a tirania da aparência impõe uma obsessiva cruzada onde cada indivíduo deve livrar-se das marcas visíveis em seus corpos. A obesidade, por exemplo, já foi sinônimo de opulência e até de saúde, porém na atualidade, ela é vista como uma mal a ser combatido, principalmente no universo feminino, onde cultua-se a "estética da magreza". Portanto, a obesidade passou a ser relacionada a uma situação de doença e invalidez, constringendo o indivíduo pela sua desproporção, agredindo pela sua indiferença aos modelos de beleza e saúde a que se aspira. Subjugado, então, por sua inércia, pela sua incapacidade de conter os excessos que o dominam, pela negação da vida, na medida que ser gordo significa não ser saudável (HASSE, 2003; SOARES, 2002).

Para *Júlia* viver sustentando um corpo amputado e obeso, passou a ser uma situação duplamente desconfortável, onde suas formas corporais (im)perfeitas revelavam a inconformidade com um padrão único de "saúde", de "normalidade" e de "perfeição". Um modelo de corpo diferente do "habitual", portanto, faz com que o indivíduo sinta-se à margem, ou seja, após a amputação eles passam a ser considerados estranhos ao meio onde antes viviam. Seus sinais corporais de pertencimento são alterados. As marcas deixadas pela amputação fazem com que se sintam estranhos diante de si e do Outro, o qual até então, servia como parâmetro de identidade. Após a amputação, o Outro é representado por todos aqueles que possuem corpos "normais", perfeitos e funcionantes, ou seja, aqueles que têm uma corporalidade íntegra. Os

corpos amputados, marcados pela ausência de um segmento corporal, passam, então, a ser subjetivados por outros discursos e olhares sociais.

Na atualidade, conforme afirmam Carmen Soares e Alex Fraga (2003), "a aparência externa tornou-se uma preta subjetiva mais profunda, que potencializa exterminar em si mesmo todo o tipo de desvio que o desalinhe física e moralmente" (p.87). Nesse sentido, a amputação provoca uma modificação permanente na aparência do indivíduo, em sua auto-imagem, suscitando sentimentos perturbadores como aparece nos depoimentos seguintes:

"Eu consegui me convencer, né. E aí comecei a lutar, né. Porque até então, eu não me aceitava muito bem. Não me aceitava mesmo. Não aceitava minha aparência. Quando eu sonhava, eu sonhava que eu era perfeito. Nunca sonhava com essa situação" (Guilherme, 36a).

"Eu nunca mais olhei nenhum espelho" (Paula, 65a).

A partir desses depoimentos percebemos que a primeira reação diante do corpo (im)perfeito é a de negação. Para *Guilherme*, no decorrer do período em que ainda mantinha a perna "deformada", ou seja, antes de decidir pela amputação, sonhar com seu corpo perfeito, era uma forma de manter presente e viva a imagem corporal desejada. Já para *Paula*, logo após ter realizado a amputação, evitar olhar-se no espelho, era uma forma de não se deparar com o corpo "incompleto" refletido em sua integralidade. Portanto, diante do espelho, o indivíduo sempre olha com um olhar que se desnuda, o qual se mostra atento a cada diferença que se apresenta em seu corpo, ainda que imperceptível. O espelho, também, pode ser pensado metaforicamente, ou seja, a imagem do indivíduo reflete-se tanto no "vidro espelhado", quanto no olhar do Outro. Ambos passam a ser os mais cruéis julgadores de sua aparência "incomum", fazendo com que o

indivíduo se lembre a todo momento que aquele corpo estranho refletido não é o esperado, ou desejado, ou ainda não pode ser considerado "o seu".

Em outros depoimentos, pude observar que os participantes foram capazes de elaborar mais facilmente a transformação em seus corpos. Isso não significa que eles não tenham passado por uma situação de crise inicial, mas eles conseguiram mais rapidamente subjetivar seus corpos "estranhos", apropriando-se deles, identificando-se com a nova situação, pois seria a partir dela que poderiam construir seu novo "eu". Mesmo *Guilherme* que no depoimento anteriormente descrito, fazia referência ao fato de que sonhava com seu corpo perfeito antes de ter se submetido à amputação.

"Eu imaginava que ia ter uma crise, assim, nervosa, depois de amputar. Me desestabilizar emocionalmente, né. Porque meu corpo vai estar estranho, né. Mas, aí quando eu amputei a perna e saí da cirurgia, passou o efeito da anestesia. Eu levantei o lençol pra ver. Aí eu disse: Esse agora sou eu !!! Esse é meu novo eu !!! Então, a partir de hoje eu vou ser assim e ponto final, né ? Me aceitei imediatamente (Guilherme, 36a).

"Eu não me sinto complexada. Nada, nada, nada. Não tenho preconceito. Eu até tô me achando mais bonita e diferente, viu? Com a prótese, né. Tô me achando mais... Até me apelidaram de mulher biônica. Eu tô contente, porque Van Gogh, cortou a orelha, eu cortei a perna" (Corina, 79a).

Para esses dois participantes a aceitação do corpo transformado pela amputação foi possível porque eles não se imobilizaram diante do acontecimento inesperado, não interromperam o fluxo da vida. Provavelmente, o corpo amputado não foi o "corpo desejado" por nenhum deles, mas foi aquele que se tornou possível diante da situação que vivenciavam, como a diabetes e o trauma ocasionado pelo acidente. Desta forma, permitiram-se habitar o "novo corpo" que se apresentava. Porém, vemos na maioria dos depoimentos dos participantes que o processo

de "aceitação" também for algo particular, que não depende somente de uma boa recuperação da cirurgia realizada. A aceitação da amputação, portanto, extrapola a condição biológica corporal, pois ela não se limita ao corpo, na medida em que ocasiona também inúmeras modificações no estilo de vida de cada um. A forma como cada um vivenciou a transformação em seus corpos e os sentimentos que afloraram, aparece nos depoimentos abaixo.

"Eu não sei como que eu me aceitei (...)Tem que aceitar, queira ou não queira. Tem que fazer força pra aceitar. Porque se não aceitar é pior" (Volnei, 63a).

"Tem que encarar mesmo, né. Com coragem. Encarar, esquecer da metade que perdeu.... A gente, às vezes a gente esquece de um ente querido, passando os anos, né ?...A perna tem que esquecer que perdeu. Perdeu, perdeu, né. E a vida continua e a prótese repõe, né" (Juliano, 76a).

"Não dá pra ficar deprimido. Sempre tem as recaídas, mas isso a gente não faz perto de ninguém pra não...pros outros não se sentirem mal, né. A gente sempre pensa que não vai acontecer com a gente, mas tava escrito. Então, a gente tem que aceitar. Não pode ficar atrasando a vida por causa disso (Roberto, 70a).

"Eu tenho que me aceitar. Eu me aceito do jeito que eu sou. E eu não me preocupo, né, com o que as pessoas acham...." (Guilherme, 36a).

Portanto, para os participantes o mais importante vem a ser a "aceitação", ou seja, não aceitar que seus corpos foram modificados pela amputação, que se tornaram (im)perfeitos, significa viver no passado, num eterno luto pelo perdido, num corpo que não existe mais. Obviamente, aceitar a amputação não é algo pacífico, pois sabemos que esse acontecimento provoca uma revolução interna nos sentimentos dos indivíduos. No entanto, aqueles que conseguiram aceitar a amputação e todas as mudanças que a acompanha com mais "naturalidade", permitiram-se encarar o "corpo estranho" como algo a ser conquistado, bem

como, procuraram logo em seguida novas formas de torná-lo mais funcional, como o uso das próteses.

No decorrer das conversas que tive com os participantes, muitos deles relataram que após a amputação apresentaram sensação do *membro fantasma*, ou seja, mesmo não existindo mais a perna, ela continua a ser sentida por meio de dores, coceiras, sensação de peso, etc. A memória da perna fica inscrita em seus corpos, o que causa um sentimento perturbador de algo que está ao mesmo tempo ausente e presente. A partir da conversa que tive com a fisioterapeuta da clínica, pude estabelecer uma relação entre essa sensação do membro fantasma com a aceitação da amputação, pois pareceu-me que aqueles participantes que relataram uma maior dificuldade em aceitar a transformação em seus corpos, também foram aqueles que tiveram, de forma mais intensa, essa sensação. Para a maioria deles, a manipulação do seu coto e o uso da prótese minimizaram o desconforto de estar sentindo a perna que foi amputada, como se tanto o indivíduo como o seu corpo demandassem que a falta fosse novamente preenchida.

"Dor fantasma?...Tive muita! De vez em quando eu ainda tenho...Não sei se é de tá parado, em casa, na cadeira ou no computador, na frente da televisão, ou fazendo palavra-cruzada....Aí faço uma massagem na....sobre a perna aqui, no coto e daí desaparece (...)No hospital, sem querer eu dizia:tira essa perna daí! Eu fazia assim na frente do coto. Eu tinha dor, eu sentia dor, próprio do diabético, sentir aquelas dores, umas agulhadas, um negócio horroroso...Não tá tão freqüente, mas ainda dá, ainda sinto de vez em quando, principalmente no pé. Sempre foi o que doeu, porque a perna, no resto da perna, não, não doeu nada. Da canela pra cima não tive, mas sempre no pé (...)A sensação que o pé tá ali, que a dor é no dedo mínimo,...Ainda tá gravado no consciente, no cérebro da gente. Agora pra desfazer, depois de setenta e tantos anos... Igual a computador, tem que apagar tudo, né. Apagar, tirar o disquete, apagar e começar tudo de novo. É um computador a cuca da gente, né?" (Juliano, 76a).

"O paciente que não aceita a amputação, ele tem muito mais dor fantasma" (Fabiana, fisioterapeuta).

Podemos, então, pensar na sensação fantasma como uma forma do corpo declarar sua incompletude, de uma falta que abruptamente foi ocasionada em sua materialidade. O corpo

amputado vem a ser, repentinamente, o que o indivíduo tem de mais íntimo e estranho para si mesmo. Talvez, a presença imaginária da perna amputada auxilie na elaboração de sua perda real, ou seja, o indivíduo passará por um momento de "luto" por ter perdido algo significativo em sua vida.

Para *Fabiana*, fisioterapeuta da clínica, todos os pacientes que já atendeu passaram pelo período de "luto da perda", ou seja, para ela se faz necessário elaborar a perda de uma parte de seus corpos, assim como ocorre quando perdemos alguém importante para nós. Segundo essa profissional,

"O luto da perda é diferente. Tem pacientes que sofrem anos, sentem muita dor, chega o ponto do médico achar que tem que amputar, tem que amputar, senão vai morrer. E o paciente não aceita, não se enxerga sem aquela perna. Não consegue olhar pro coto, não consegue se tocar..." (Fabiana, fisioterapeuta).

Ao falar da aceitação e da elaboração da perda, *Fabiana* relata o que ocorreu com um de seus pacientes, o qual não participou da pesquisa. Foi um paciente que se mostrou muito difícil no decorrer do tratamento, pois junto com a parte amputada ele perdeu o desejo de continuar vivendo. Ele não se conformava com o acontecido, não conseguia olhar para o seu corpo, nem tocá-lo. Aos poucos, vendo os outros pacientes da clínica, ele foi se permitindo aceitar que agora tinha um corpo diferente, como aparece em seu depoimento:

"Não aceitava, ...tipo a alma dele foi cortada. Ele não se aceitava. Aos poucos, vai convivendo, vai vendo que o nível de amputação é muito melhor do que muitos outros... Tu vai assimilando e aí aceitando com mais facilidade" (Fabiana, fisioterapeuta).

Desta forma, conforme afirma *Fabiana*, não há possibilidade de dissociar o indivíduo e seu corpo, pois por mais que a fisioterapia exercite seu "corpo biológico", o indivíduo traz consigo sua história para ser compartilhada.

"O paciente traz a história. E mesmo que falte uma parte do corpo, ele traz o corpo todo, né? Ele traz o corpo todo. E junto com ele um batalhão de coisas" (Fabiana, fisioterapeuta).

Acoplados a todas essas transformações ocorridas em suas vidas, durante as entrevistas que realizei com os participantes da pesquisa foi possível perceber, em alguns momentos, representação de gênero associado à amputação. Isto é, como eles e elas, sendo homens e mulheres sentiram em seus corpos as marcas deixadas pela amputação.

"Tudo é igual, né. Nós somos iguais. A falta que faz pra mim, faz pra elas também, né. Eu acho que não é defeito, né. O homem é vaidoso, mas é, no fim, não adianta ser vaidoso. É o mesmo que mulher...Se a mulher fica defeituosa, aí, o homem tem que aceitar. O homem fica defeituoso, a mulher tem que aceitar, né! Aquilo é uma infelicidade que a pessoa vai ter na vida, né. Então, eu acho que tem que se conformar..." (André, 82a).

"Não acho diferença...Porque eu me sinto muito bem sendo mulher. Sou muito vaidosa. Se a mulher não se cuidar, se não é vaidosa, a vida não tem sentido, né. Aí, eu não teria nem vontade de colocar a prótese, né...Acho que todas as pessoas, não importa a idade, né. Tem que ser assim. Tem que ter coragem, né. Tem que enfrentar" (Corina, 79a).

"Eu acho que é igual pra todo mundo. É ruim pra todos. E ao mesmo tempo quando se coloca a prótese, é bom pra todos, né. Nessa altura, a gente até esquece a vaidade..." (Roberto, 70a).

Para esses participantes acima, não haveria uma relação direta entre gênero e a amputação, pois os mesmos consideraram que sendo os corpos semelhantes em suas estruturas funcionais, a perda de um segmento como a perna, ocasionaria dificuldades para ambos. O que ocorreria, então, seria o surgimento de novas formas de exercer tanto a masculinidade como a feminilidade, como por exemplo, algumas das participantes que passaram a usar somente calça

comprida e sapato fechado após a amputação, deixando de lado as saias e as sandálias. O corpo amputado passa a incorporar outros adereços, os quais irão fazer parte do processo de (re)significação que o indivíduo realiza com seu "novo" corpo.

No entanto, dois dos participantes homens e mais jovens, acharam que a mulher por ser mais vaidosa com seu corpo sentiria mais a perda de sua perna. Na verdade, relacionaram o fato de ser mais difícil para a mulher por ela estar situada numa posição de objeto de desejos do homem, onde suas pernas expostas, por exemplo, são para serem olhadas e desejadas.

"Eu acho, assim, que a única diferença é pra mulher. Porque a mulher já tem mais vaidade, né. Mulher gosta de botar uma sainha, mostrar as pernas...Mas, pra mim, que sou homem..."(Rogério, 18a).

"Eu acho que pra mulher deve ser mais difícil, porque tem toda uma questão da sexualidade envolvida, né. E perna, pra mulher, é um objeto, né, de desejos pros homens. E a mulher usa esses atributos. Uma perna bem depilada, ...uma coxa ali bonita... Eu acho que pra mulher é um pouco mais difícil. Não sei se realmente é, mas a visão que eu tenho é um pouco mais difícil de lidar com isso. Porque o homem é meio largado, mesmo, homem não dá bola pra perna. É uma coisa secundária, entende? (Guilherme, 36a).

A partir dos depoimentos desses dois participantes mais jovens, fica evidente a relação que eles estabeleceram entre a vaidade e o corpo feminino, ou seja, faz parte da "essência" da mulher ser mais vaidosa que os homens. Isso significaria, partindo desse princípio, que os homens sentiriam menos que as mulheres a amputação de sua perna, por serem menos vaidosos que elas. Portanto, esses participantes buscaram explicar as diferentes formas de significar a modificação corporal ocasionada pela amputação, para homens e mulheres, olhando somente para o corpo biológico, onde deduziram que determinadas características, como a vaidade, vem a ser algo "colado" ao corpo feminino.

Em outros depoimentos pude estabelecer uma relação entre gênero e amputação. Foram alguns relatos onde os participantes amputados afirmaram a partir de suas experiências pessoais que a maioria dos indivíduos amputados são homens.

"Eu já comentei com várias pessoas, como têm homens mais amputados do que mulheres" (Júlia, 49a).

"Mais homens, né. Deve ser porque acidente de moto, de trânsito....Homens se acidentam muito mais no trânsito do que as mulheres" (Guilherme, 36a).

"A grande maioria de amputados são homens. Mulheres são bem poucas, talvez 5%, e seja muito, né? Mas por que? A mulher é mais vaidosa, ela se cuida mais com a alimentação, se cuida mais, né, com saúde" (Marcelo, protesista).

Segundo esses participantes o fato de existirem mais homens amputados do que mulheres estava relacionado aos cuidados que cada um tem consigo. Para sustentar essa forma de explicar a predominância de homens amputados, eles justificaram que a vaidade, sendo um atributo mais feminino, faz com que elas cuidem mais de seus corpos e de sua saúde, enquanto os homens expõem-se mais aos riscos, como por exemplo os acidentes de motos. Porém, ao invés de afirmarmos que é natural a mulher ser mais vaidosa e o homem mais ousado em suas ações, devemos procurar entender que esses comportamentos são socialmente construídos e sustentados por discursos que circulam nas mais diversas instâncias de nossa sociedade. Portanto, as mulheres não nascem vaidosas, nem os homens estão pré-destinados a viverem em risco, mas ambos tornam-se vaidosos e assumem situações de risco, assim como podem também um dia tornarem-se amputados.

Dentre os participantes, *Paula* procurou relativizar essa visão essencialista do ser humano, ou seja, ela problematizou um comportamento que está naturalmente "colado" ao corpo masculino como a autoridade e a força.

Olha, eu acho que depende muito. Se é uma pessoa como eu, que foi sempre autoritária...Eu me governo.... E tem homens que não são assim, viu! Porque às vezes eu vejo homens mais fracos do que as mulheres" (Paula, 65a).

Para ela os indivíduos podem se constituir como fortes ou fracos, autoritários ou não no decorrer de suas vidas, e que isto não estaria relacionado diretamente ao fato de serem homens ou mulheres. Para exemplificar, ela fala de si mesmo, dizendo que sempre foi autoritária, e que no decorrer de sua vida se deparou com homens que considerou fracos. Essa maneira de pensar, portanto, problematiza os comportamentos "naturais" e esperados para homens e mulheres, enfatizando que os indivíduos são produzidos de diferentes formas, nas diferentes culturas e sociedades que vivem, e que qualidades como "ser fraco" e "ser forte" podem ser vivenciadas de diferentes formas, tanto por homens quanto por mulheres.

Segundo Dagmar Meyer (2003), tanto os discursos produzidos pelo senso comum, como aqueles legitimados pela linguagem científica, acionam constantemente as características biológicas e o sexo anatômico para explicar e justificar as posições assumidas. Foram as feministas que procuraram demonstrar que não são as características anatômicas e fisiológicas, ou tampouco desvantagens sócio-econômicas tomadas isoladamente que definem as diferenças apresentadas como justificativa para desigualdades entre os gêneros. Para elas, tanto a masculinidade como a feminilidade são representadas, (re)conhecidas e distinguidas, e principalmente vividas, em uma dada cultura, num determinado momento histórico. Essa forma

de pensar rompe com a colagem de um determinado gênero a um sexo anatômico que lhe é naturalmente correspondente e o causador de diferenças inatas e essenciais entre homens e mulheres. Isso significa que as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres eram e são social e culturalmente construídas e não biologicamente determinadas.

Sendo assim, a subjetividade não se esgota num único modelo de corpo que lhe serviu de suporte inicial, isto é, o corpo "inteiro" ficou no passado e o corpo atual, o amputado, passará a ser subjetivado e incorporado à história do indivíduo. A alteridade instalada pela amputação, ao mesmo tempo biológica e simbólica, torna-se parte do mesmo indivíduo. Considerada como um permanente processo de produção, de vir a ser, e não como um dado natural e *a priori*, dá-se à subjetividade, a possibilidade de existir em territórios existenciais em construção e, portanto, sua cartografia ultrapassa os limites do corpo biológico amputado (TUCHERMAN,1999).

Na medida que compreendemos que tudo no ser humano e na sua vida é provisório, podemos pensar que o estranhamento inicial provocado pela amputação também vem a ser uma situação provisória, pois em algum momento o corpo estranho deixará de sê-lo e passará a ser visto como o habitual na vida do indivíduo. A aceitação da amputação, nesse sentido, passa obrigatoriamente por um processo de "naturalização" do corpo fabricado pela intervenção cirúrgica.

Desta forma, o indivíduo nasce uma vez e (re)nasce infinitas vezes no decorrer de sua vida. Para Jorge Larrosa (2001),

Só é capaz de dar uma outra vida, aquele que aceita a morte de sua própria vida; só é capaz de dar um outro tempo, aquele que aceita a morte de seu próprio tempo; só é capaz de dar uma outra palavra, aquele que aceita a morte de suas próprias palavras; só é capaz de dar um outro

pensamento, aquele que aceita a morte de seu próprio pensamento; só é capaz de dar uma outra humanidade, aquele que aceita a morte de sua própria humanidade. Porque só aceitando essa morte e essa ausência que as faz fecundas, essa vida, esse tempo, essas palavras, esse pensamento e essa humanidade que têm porvir" (p.293-94).

Portanto, a vida para todos os indivíduos, amputados no corpo ou na alma, se faz tanto de ganhos como de perdas, como nos diz Lya Luft (2003), sendo essas características inerentes de quem ainda está vivo. Perdemos o seio materno e ganhamos autonomia, perdemos nossa juventude e ganhamos experiência e maturidade, perdemos amores e ganhamos novas possibilidades de amar. Somos transição, somos processo e é isso que tanto nos perturba. Porém, o que o indivíduo faz com as suas perdas e os seus ganhos depende da perspectiva e das possibilidades dele de tecer a sua história. Viver, como talvez morrer, seja um (re)criar-se a cada momento, por isso a vida não está aí para ser apenas suportada ou vivida, mas para ser constantemente elaborada, eventualmente (re)programada, conscientemente executada. Para a autora, não é preciso realizar nada de espetacular, mas sim o mínimo que seja o máximo que cada indivíduo conseguir fazer consigo mesmo.

Ciente de que toda transformação ocorrida nos corpos dos indivíduos, tanto as perdas como os ganhos, as mortes e os (re)nascimentos, não são processos solitários, mas compartilhados com todos aqueles que fazem parte de sua vida privada e social, conhecidos e desconhecidos, próximos e distantes, eu não poderia falar da experiência vivenciada pelos participantes dessa dissertação sem evocar os efeitos produzidos pelo olhar do Outro em seus corpos amputados e em suas subjetividades.

3.4 Corpos (im)perfeitos sob o olhar do Outro

*Quem sou eu?
O que produz em mim a presença do Outro?
Que pergunta há em seus olhos,
em seu gesto, em seu grito ou em seu silêncio?
O que diz a mim sua presença?
(FERRE, 2001, p. 204)*

Nesse capítulo, pretendo discutir o papel do Outro em nossas vidas, dos sentimentos que sua presença nos desperta, capturando nosso olhar, o qual poderá ser de aproximação ou de rechaço. Procuramos no Outro nossa referência, em alguns momentos procuramos nos tornar iguais, menos visíveis, em outros porém, buscamos algo que nos torne profundamente diferente, ou seja, nos permitimos ir à luz, ganhamos visibilidade. A vida, portanto, é um trânsito, um processo contínuo de trocas subjetivas entre os indivíduos e os Outros, um movimento entre (des)iguais, sem que cada um perca sua singularidade. Nesse sentido, nos tornamos refém do Outro, que se aproxima ou nos rechaça, nos acolhe ou nos exclui, e é a partir dessas inúmeras possibilidades de (con)viver com o Outro que irei problematizar as relações estabelecidas entre os participantes amputados e seus Outros.

Se pararmos para pensar quando o Outro entrou em nossas vidas, veremos que foi "desde sempre", pois de alguma forma foi ele quem nos deu a vida. Para sua subsistência o bebê necessitará de um Outro, já que sozinho não conseguirá construir um corpo subjetivado. Será o Outro quem lhe dará um nome, quem escolherá suas roupas, quem atenderá suas necessidades vitais, quem irá inseri-lo num universo social e cultural, e por assim dizer, num universo simbólico onde suas marcas corporais serão mapeadas, nomeadas e significadas continuamente. Portanto, nos construímos a partir de um Outro, nos olhamos refletidos em seus olhos, somos

apresentados ao nosso corpo, porque esse Outro também tem um corpo no qual posso me espelhar, construímos nossos limites e bordas corporais o que permite-nos diferenciarmos do corpo do Outro e dos objetos circundantes. Nos tornamos singulares, construímos uma história individual (íntima) e uma história compartilhada (coletiva), num processo contínuo de diferenciação e identificação. Isso significa que somos iguais por sermos humanos, e justamente por sermos humanos, somos tão plurais e diferentes.

O Outro é aquele que transcende o indivíduo infinitamente, aquele que jamais poderá possuir. O seu rosto fala, chama, ordena, manda e demanda, fazendo do indivíduo um refém. Os caminhos que conduzem ao Outro, são caminhos que não levam a nenhuma parte, porque o Outro nunca é chegada, pois ele é sempre chamada, interpelação, grito de auxílio. Desta forma, o reconhecimento do Outro faz com que ocorra a evidência da impossibilidade da totalidade dentro do indivíduo e a colocação em perspectiva de suas certezas. A vontade do Outro, diferente da do indivíduo, revela-se como uma vontade singular e, portanto, não acabada. A presença da vontade do Outro diante do indivíduo torna presente a evidência da sua própria incompletude, o caráter não fechado dos sentidos que sua vontade produz. Através dessa diferença com o Outro o indivíduo percebe-se como potencialidade de diferenciação, podendo retomar sua existência como perspectiva em devir e não mais como totalidade consagrada (MÈLICH, 1998; HOPENHAYN, 2001).

No decorrer da vida dos indivíduos são as relações com o Outro e as práticas sociais que emergem como constituintes dos seus corpos, onde as marcas que neles se inscrevem são

significadas pelos discursos¹⁷ do senso comum, políticos e tecnocientíficos, conformando-os continuamente. Todo laço social, que vem a ser um laço discursivo, somente tem sustentação a partir de um indivíduo, onde indivíduo e o Outro são referenciais interligados. A palavra não permite que o indivíduo seja livre, a menos que pretendamos que ele seja livre de si mesmo, seja livre daquilo mesmo que o constitui como tal. Nesse sentido, a linguagem enquanto uma dimensão social da subjetividade, torna-se constitutiva do indivíduo, e por ser ambivalente, faz com que o indivíduo carregue consigo essa mesma característica. Ser humano significa "fazer-se em relações", estar continuamente submerso numa complexa rede intersubjetiva, a qual determinará seus modos de pensar, sentir, agir e ser. Trata-se, portanto, de um corpo construído sob o olhar do outro, a partir de onde o indivíduo se vê, e para quem ele se oculta ou se desvela, tanto nos espaços públicos como nos privados (CARRANO, 2002; SCHÄFFER, 1999).

Somos seres integralmente históricos e, por esta razão, nossas possibilidades de ser e nossas interpretações a respeito de nós mesmos e dos Outros, já encontram-se de antemão reguladas, controladas e disponibilizadas. Portanto, somos perpassados por definições, sentimentos, afetos, certezas, crenças e problemas que não são propriamente nossos, mas que são comuns também aos Outros, numa dada época histórica. Por isso, sem percebermos, já estamos entregues à tutela, ao arbítrio, ao domínio, ao poder e à ditadura dos Outros (DUARTE, 2002).

Dessa forma, a imagem que o sujeito constrói de seu corpo vem a ser uma representação simbólica mutante que condensa em si tanto a vivência, como as experiências adquiridas no

¹⁷ *Discurso*, no contexto da crítica pós-estruturalista, é um termo utilizado para enfatizar o caráter lingüístico do processo de construção do mundo social. Para Foucault, ele não descreve simplesmente os objetos que lhe são exteriores, mas "fabrica" os objetos sobre os quais fala (Silva, 2000).

decorrer de sua história de vida compartilhada com o Outro. Nela não está presente somente o corpóreo, a materialidade orgânica, como fronteiras delimitadas, pois essa imagem alarga-se no tempo, para o passado e o futuro, para o que já foi e aquilo que ainda virá a ser, transbordando as fronteiras geográficas do corpo. Na atualidade, estão presentes tanto as experiências passadas como os projetos futuros, ou seja, as marcas do que já foi vivido são (re)atualizadas, e o futuro mostra-se incerto, um por vir ao mesmo tempo desejado e temido. Portanto, o indivíduo age no mundo a partir de seu corpo e no encontro com outros corpos, estendendo-se para ele, perdendo suas fronteiras anatomicamente definidas, sendo subjetivado por todas essas vivências (com)partilhadas. Podemos, assim dizer, que o corpo do ser humano está todo impregnado do Outro (FREITAS, 1999; KEHL, 2003).

O Outro cultural mostra-se como um problema, na medida em que coloca permanentemente em xeque nossa própria identidade. Porém, num mundo heterogêneo como o nosso, o encontro com o Outro, com o estranho, com o diferente, é inevitável. Esse Outro, então, expressa-se por meio de muitas dimensões, ou seja, o Outro é o outro gênero, o Outro é a cor diferente, o Outro é a outra sexualidade, o Outro é a outra raça, o Outro é a outra nacionalidade, o Outro é o corpo diferente. Na atualidade, o Outro somente aparece em cena como objeto de ação, ou seja, de reparação, regulação, integração e conhecimento. Para nós ocidentais, trata-se antes de tudo identificar a alteridade, fazê-la visível e enunciável, registrar, detectar e diagnosticar suas semelhanças e suas diferenças, calibrar sua integração, suas ameaças, suas bondades e sua periculosidade, legislando seus direitos e obrigações, regulando seus agrupamentos, seus deslocamentos, entradas e saídas (PLACER, 2001; SILVA, 2000).

Segundo Stuart Hall (2000) e Tomaz Tadeu da Silva (2000), as identidades são construídas por meio da diferença e não fora dela. Isso significa o reconhecimento perturbador de que é apenas por meio da relação com o Outro, da relação com aquilo que não é, com aquilo que falta, com seu *exterior constitutivo*, que a identidade pode ser construída. Toda identidade, então, tem à sua "margem", um excesso, algo a mais, ou seja, ela tem necessidade daquilo que lhe "falta", mesmo que esse Outro que lhe falta seja um outro silenciado e inarticulado. Portanto, tanto a identidade quanto a diferença não são definidas, nem convivem de forma harmoniosa lado a lado. Elas são impostas e disputadas continuamente, mantendo estreita conexão com as relações de poder existentes na sociedade. E é este poder, através de suas sutilezas de ação que instituirá os pertencimentos, ou não, dos sujeitos a determinados grupos sociais, demarcando fronteiras entre "nós" e "eles", classificando e criando regras de normalização dos padrões culturais aceitáveis socialmente.

As sociedades, portanto, constroem os contornos demarcadores das fronteiras entre aqueles que representam a norma e aqueles que ficam fora dela. Como o corpo é considerado uma das formas de identificação do sujeito, ele é utilizado como parâmetro de igualdade ou diferenciação com o Outro. Elege-se, assim, uma representação corporal como a normal, saudável e hegemônica, sobre a qual recai qualidades sempre desejáveis. Tanto as instituições como os sujeitos precisam do Outro, da diferença, da identidade subjugada, para se afirmarem e se definirem. Os grupos sociais que ocupam posições centrais, tidas como normais, podem falar e representar a si mesmo, como também falar (sobre) e representar os Outros (LOURO, 1999).

A partir dos depoimentos dos participantes, pude perceber que seus corpos modificados pela amputação causaram um estranhamento não somente para si, mas principalmente para os

Outros. Modificaram-se seus corpos e junto com essa mudança, suas relações sociais. Tornar-se um amputado foi uma situação, muitas vezes, mais difícil de ser suportada diante do olhar inquisidor do Outro do que de si mesmo. Como afirma Maria Rita Kehl (2003), os corpos modificam-se por efeito do que se diz sobre eles e do novo lugar social que se produz, fazendo apelo a um modo diferenciado de estar "dentro da própria pele". Portanto, não ocorre somente uma mudança estética, pois a experiência do "eu" que se reconhece num corpo desvalorizado socialmente é totalmente diversa daquela vivenciada por quem se representa para o Outro como tendo valor. Desta forma, um corpo investido de um novo discurso, produz um novo "eu", na medida em que nossos corpos são dependentes da rede discursiva onde estão inseridos, como também são dependentes da rede de trocas que estabelecemos, ou seja, troca de olhares, de toques, de palavras e de substâncias.

Durante as conversas que tive com os participantes, percebi que ao relatarem suas histórias, eles evocavam a todo momento vozes ausentes, ou seja, todos aqueles que fizeram parte de suas trajetórias, na figura dos familiares, médicos, fisioterapeutas, amigos, pessoas que conheceram durante suas hospitalizações, etc. Diante de seus depoimentos, pude perceber o quanto o Outro esteve presente em todo processo de transformação de seus corpos e suas vidas ocasionado pela amputação. Apesar de ser uma modificação que se limitava aos seus corpos, essa transformação corporal necessitava tanto da aceitação de si mesmo, como do Outro. Como sabemos da relevância da relação com Outro na construção da identidade e da singularidade de todos nós, ser aceito pelo Outro após a amputação, mesmo tendo um corpo diferente do que aquele que servia como parâmetro de reconhecimento, permitiu aos participantes (re)construir suas identidades e suportar ser olhado a partir de sua nova situação social, ou seja, ser um amputado.

"Minha família, todo mundo, aceitou bem. Eu só sinto que eles sentem mais do que eu até" (Volnei, 63a).

"Quando eu amputei, quando eu tava no hospital...eu pensei: Quando eu for para casa, né, como será que vai ser? As pessoas vão vir me visitar e vão me olhar como? Isso eu pensava,..." (Júlia, 49a).

Inicialmente, a amputação provocou nos participantes, a sensação de sentirem-se estrangeiros tanto diante de si como diante do Outro, onde esse Outro passou a ser representado por quem possuía todas as funções e os movimentos corporais e relacionais preservados. Num instante o indivíduo descobriu-se um cidadão de lugar nenhum, já que após a amputação, em raras circunstâncias ele passará a ser visto como "natural". O indivíduo conviverá, então, com uma situação que alterará seus hábitos, saberes e práticas relacionais diárias, vida sexual, profissional, auto-estima, percepção da própria imagem, mobilidade real e simbólica, no espaço social, produtivo e doméstico (MORAES, s/d).

Apesar de estarmos cientes da enorme variedade que o ser humano pode apresentar nos que diz respeito às suas características corporais, também sabemos que as diferenças físicas passam a ser vistas como marcas corporais que se sobressaem sobre outras, dado a impossibilidade de serem ocultadas, escondidas. Desta forma, sua visibilidade ocasiona, em algumas ocasiões, associações a condições patológicas, onde essas marcas corporais passam a se configurar como estigmas, orientando a percepção do indivíduo, daquele que olha, a partir dessa característica física que passa a ser considerada a principal, por ser a mais evidente (ARTIGIANI, 2001).

Portanto, a força da identidade normal vem a ser proporcional à sua invisibilidade, ou seja, somente sendo idêntico à norma é que o indivíduo poderá esconder-se. A adaptação, a obediência e a identificação com a norma passa a ser o refúgio do eu que fez da aparência a sua morada. Isso significa que o indivíduo que realizou uma amputação sairá do seu anonimato para tornar-se alguém que sustenta um corpo (im)perfeito. A alteração corporal coloca-se à mostra, oferece-se ao olhar do Outro, e justamente essa "confissão" corporal provoca no indivíduo inúmeros sentimentos, onde dentre eles prevalece o receio de não ser aceito pelo Outro por ter se tornado portador de um corpo diferente (ORTEGA, 2002; SILVA, 2000).

Na sua entrevista, *Guilherme*, fez referência aos seus sentimentos diante do olhar do Outro sobre seu corpo incompleto pela amputação de sua perna, e também após ter colocado sua prótese.

"É o choque visual. É, eu acho que é a impressão que eu tive quando eu comecei a usar a prótese, de me sentir um robô. Acho que a pessoa que também olha, deve, né (...)As pessoas olhavam, mas eu nem ligava. Eu nem ligo! (...)Porque desde o início eu sempre....nunca procurei esconder" (Guilherme, 36a).

Portanto, o indivíduo portador de um corpo com uma aparência "incomum", causada pela presença de mutilações ou deformidades, está destinado a uma existência diferenciada, sob o olhar do Outro, testemunho de sua diferença. Somente ao indivíduo "comum" está reservado o privilégio de, por exemplo, passear numa rua sem suscitar a menor indiscrição. O olhar do Outro, então, denuncia mesmo que silenciosamente, um corpo com formas que fogem aos padrões instituídos como normais. Simultaneamente, o fato de ser olhado pelo Outro, constitui-se, assim, numa chamada, num apelo irresistível, pois obriga o indivíduo e exige dele uma resposta (LE BRETON, 1995; ORTEGA, 2002).

Talvez, a perturbação causada pela amputação suscite no Outro reações, como por exemplo o preconceito citado por alguns dos participantes, pois o fato de se deparar com um corpo que " se tornou" amputado pode ser um acontecimento que acomete qualquer um. Ou seja, o Outro coloca-se no lugar do amputado, e por ver-se espelhado em seu olhar, teme por si, por seu corpo, e conseqüentemente se afasta, pois sua presença produz sentimentos perturbadores de tornar-se, também, alguém com um corpo (im)perfeito. Nos depoimentos dos participantes citados abaixo, fica evidente o quanto a perturbação do Outro diante do seu corpo amputado provocou também em si mesmo os mesmos efeitos negativos.

"Antes de amputar a minha perna, eu convivi muito pouco com pessoas amputadas. Na minha cidade só tem uma pessoa que eu conhecia que era um amputado. Então, eu sempre olhei para ele como uma pessoa diferente. E é isso que eu sinto em relação a mim. Que as pessoas também me olham. 'Ó, essa ali é uma amputada, é diferente'. Sabe, é um preconceito que eu acho que eu sempre imaginei que as pessoas têm. Talvez, porque eu sempre tive, né" (Júlia,49a).

Em seu relato, *Júlia* fala que antes de ter realizado a amputação, estava no lugar do Outro, daquele que olhava para o amputado como sendo alguém diferente por possuir um corpo (im)perfeito. A partir desse sentimento que um dia teve diante do corpo amputado, construiu sua percepção inicial de si mesma após ter amputado sua perna. Ou seja, sentia-se diferente por apresentar um corpo amputado e imaginava que despertava a atenção das pessoas justamente por ser agora "a diferente". Passou, então, a ser o Outro, não mais aquele que olhava com um certo estranhamento o corpo amputado, mas agora aquele que sustenta o olhar de um Outro, o mesmo estranhamento que já sentiu emanar de dentro de si. Dessa forma, o preconceito fez parte de sua vida, tanto antes como após a amputação.

Portanto, o preconceito e a discriminação podem se manifestar em várias esferas da vida, tanto no espaço de intimidade, como no espaço público, onde elas transformam o sentido da diferença em desigualdade. Outro aspecto que mostra tratamentos desiguais dispensado aos indivíduos vem a ser o estigma. Ocorre primeiro a identificação da falta ou a disformidade corporal, num segundo momento atribui-se um significado a essa marca, nesse caso depreciativo. Dessa forma, o indivíduo portador de um corpo (im) perfeito acaba sendo julgado pela marca que possui, ou seja, toma-se o todo pela parte, considera-se o corpo inteiro, e conseqüentemente o indivíduo em sua totalidade como (de)ficiente e não apenas a parte lesada (MONTANARI, 1998).

"Porque cada um tem uma história diferente, um sofrimento,...Não aceita ainda, tão assim,... se acham aleijado. E alijado da sociedade, né, também" (Juliano, 76a).

"Eu tenho amigas de 30 anos, né. Sabe aquele tipo de amizade, que é... tomar cafezinho, almoçar, jantar, entende, né? Ela nunca foi me ver....Então, quer dizer, que essa é amiga? Não! Ela foi minha amiga. Foi....Hoje não é mais! (Paula,65a).

Segundo Erving Goffman (1988), o indivíduo que se encontra numa situação que o coloca como inabilitado para a aceitação social plena vem a ser um indivíduo estigmatizado¹⁸. A marca da amputação, por exemplo, poderá vir a ser significada como um estigma, ou seja, como um defeito, uma fraqueza ou uma desvantagem, podendo ocasionar um afastamento social do Outro, na medida em que este, percebendo uma característica corporal diferente que lhe chama atenção, acaba anulando outras qualidades do indivíduo. Os símbolos de estigma, desta forma, caracterizam-se por estarem continuamente expostos à percepção do Outro. A não aceitação,

¹⁸ *Estigma* vem a ser um conceito criado pelos gregos para referirem-se a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou de mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo, indicando que o seu portador era um escravo, um criminoso ou traidor, ou seja, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, principalmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1988).

implicitamente, pode significar que o Outro não está disposto em manter com o indivíduo estigmatizado um contato com bases iguais, levando-o a crer que ele se tornou alguém abaixo do que realmente deveria ser.

Outra forma pela qual o estigma manifesta-se é através da representação que se tem do indivíduo, na qual ele aparece como um "coitadinho". Junto, emerge um sentimento pouco desejado, mas bastante freqüente que vem a ser o de piedade, ou em contrapartida, surge também o rótulo de "herói", colocando o indivíduo numa posição quase sobre-humana (MONTANARI, 1998).

"As pessoas que me vêem, que eu normalmente tenho visto, eles têm pena de mim" (Volnei, 63a).

"Eu até tentei sair no início, mas eu saía na rua e as pessoas achavam que eu era coitadinho...Aí eu voltava para casa arrasado, quando me chamavam de coitado...E eu comecei a me sentir coitado com aquilo tudo também" (Guilherme, 36a).

Para Maria Lúcia Moura (1996) e Luciana Cavarellas (2000), o rótulo estabelecido, marcando o desvio corporal, irá interagir, desta forma, com o que a cultura e a sociedade espera de seus representantes, suas idéias de normalidade e o quanto o sujeito desviante delas se afasta. Forma-se, assim, todo um processo de incapacitação socialmente construído. Interpelar os sujeitos portadores de corpos diferentes com discursos contaminados pelos modelos de normalidade, faz com que o desconhecido seja exilado, na tentativa de torná-lo idêntico ou mais próximo do normal, impondo uma conduta ética onde somente há lugar para a eficiência e a perfeição.

Para alguns dos participantes, porém, os corpos amputados já começaram a deixar de ser vistos somente como algo (im)perfeito ou incompleto, na medida em que imagens de corpos amputados têm sido mais expostos na mídia, tornando-os públicos, e desta forma vislumbrados com mais "naturalidade" e menos preconceito.

"Existe o preconceito, assim....Mas, hoje tá terminando isso viu? Eu pelo menos não tenho. Posso ir em qualquer lugar com minha prótese aqui, de cabeça erguida, e não sinto preconceito, assim, que eu tô inferiorizada" (Corina, 79a).

"A gente vê tanto em televisão, o pessoal, aqueles jovens correndo com a prótese, até 2 próteses, não é? Correndo, fazendo esporte. Aquele iatista, competidor brasileiro, aquele que amputou a perna" (Juliano, 76a).

"Tá todo mundo, hoje, convencido de que não pode ter diferença, né! Ninguém tá livre...Gente defeituosa de todo jeito, né! Então, a gente se conforma" (André, 82a).

Em nossa cultura somática, a aparência passou a ser a "essência", onde os seus condenados são privados da capacidade de fingir, de dissimular, de esconder os sentimentos, as intenções, os segredos, uma cultura da intimidade que hoje tornou-se obsoleta. Na atualidade passamos a ser aquilo que aparentamos e, desta forma, estamos expostos ao olhar do Outro, sem lugar que sirva de esconderijo ou refúgio, ficando totalmente à mercê do Outro, já que o que existe está a mostra. Somos, então, vulneráveis ao olhar do Outro, ao mesmo tempo que precisamos de seu olhar, de sermos percebido, senão não existimos (ORTEGA, 2002).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que o indivíduo teme o olhar do Outro, receando ser rejeitado ou condenado a viver somente como "o amputado", ele também necessita do olhar do Outro para que continue existindo. Ou seja, a partir do Outro poderá, também, (re)significar o seu corpo amputado, cuidar novamente de si, deixar de ser somente um indivíduo com um corpo

amputado, para exercer de outras formas sua feminilidade ou masculinidade, pois será possível compartilhar suas dores, sofrimentos, anseios, sonhos e conquistas. Como nos afirma a perspectiva foucaultiana, o indivíduo necessita criar vínculos intersubjetivos para que possa dar sentidos às experiências vivenciadas, sejam elas positivas ou não.

Para *Guilherme*, então, o estigma de "coitado" foi superado, pois não permitiu ser identificado somente como alguém limitado, saindo do anonimato de sua casa, do seu refúgio, para (re)conquistar o seu lugar social.

"Aí comecei a pensar. Sabe, quer saber de uma coisa? Vamos à luta! Esquece o que os outros dizem. Não vou mais dar ouvidos para o que as pessoas falam. Que eu não vou conseguir fazer uma coisa, que eu não...., né. Esquece o que as pessoas dizem de ti. Que eu sou coitadinho... Aí, eu comecei a sair de casa...Num primeiro momento foi difícil, porque as pessoas me chamavam de coitadinho. Mas, depois, as pessoas se acostumaram comigo. Num primeiro momento eles tinham pena de mim, depois, eu não sei se eles tinham pena ainda, mas não diziam mais. E eu fui mostrando pra mim mesmo, que eu conseguia conviver na sociedade. Conseguia ter um lugar na sociedade (...) Eu converso com as pessoas de igual para igual... Geralmente as pessoas se colocam numa posição inferior...Eu não me coloco numa posição inferior. Eu converso com as pessoas de igual para igual, e sem tocar em assuntos....Sem me lamuriar, sem me queixar, sem nada... É normal" (Guilherme, 36a).

No decorrer dos depoimentos, percebi, então, como os participantes lidavam com o olhar do Outro sobre seus corpos amputados. Alguns passaram a ocultar a alteração corporal usando roupas que disfarçavam a sua incompletude, como no caso das mulheres que começaram a usar somente calças compridas após a amputação da perna e alguns homens que deixaram de usar bermudas e calções. A mudança na maneira de vestir-se, permitiu a ocultação da (im)perfeição corporal, o que por sua vez, não deixava-os tão expostos ao olhar do Outro.

Outros participantes, porém, reagiram de outra forma, ou seja, desvelaram-se ao olhar do Outro, permitiram-se ser invadidos em sua privacidade, e por ter se tornado habitual esse olhar de estranhamento, deixaram de se sentir incomodados com o olhar do Outro, "naturalizando-o". Como ocorreu com *Guilherme*, que passou a sentir-se estranho, quando passava despercebido pelo Outro.

"Eu me sinto estranho quando ninguém olha pra mim. Tem alguma coisa errada comigo ! Ninguém olhou pra mim ! Quando olham pra mim é normal ! (Guilherme, 36a).

Desta forma, são as experiências cotidianas que ajudam o indivíduo a construir sua identidade, pois são essas vivências que o auxiliam a construir a dimensão do que significa ter um corpo diferente, até que ponto essa diferença passa a ser vista como limite, ou até que ponto são capacidades, considerando como parâmetro as situações sociais das quais faz parte. Portanto, é a vivência cotidiana que constrói o significado do que vem a ser tornar-se portador de um corpo (im)perfeito, sendo que esses significados são construídos e (re)construídos de forma dinâmica, seja relativizando as dimensões da normalidade, do tempo, do acesso, das relações de inclusão e exclusão social. O limite físico presente é apenas uma peça de uma construção muito complexa que vem a ser o indivíduo, pois viver não limita-se somente àquilo que o indivíduo não está apto a fazer. Apesar disso, muitas vezes o indivíduo que apresenta uma limitação física dirige o seu esforço pessoal no sentido de atestar sua eficiência, provando sua capacidade, procurando construir uma imagem mais positiva de si mesmo (ARTIGIANI, 2001).

Buscar ser (re)conhecido no olhar do Outro, não somente como um amputado, mas como alguém que vive apesar de possuir um corpo (im)perfeito, fez com que os participantes procurassem o grupo de apoio para amputados, realizado mensalmente na clínica onde foi

desenvolvida a pesquisa. Nesses encontros, ouvindo os relatos dos presentes e assumindo o lugar de "quem olha", os participantes sentiam-se acolhidos pelos demais, pois além de compartilhar histórias de vidas marcadas pela amputação, também compartilhavam os mesmos sonhos de poder voltar a ficar de pé e andar após a colocação da prótese.

"O grupo tem uma importância fundamental pra mim...Eu penso assim, dos últimos dez anos, a melhor coisa que eu fiz pra mim foi ter vindo aqui. Porque eu não me sinto diferente dos outros. Ali todo mundo é igual a mim. Essa troca de experiências, isso foi uma coisa, assim, que a partir dali eu comecei a aceitar a minha amputação. Porque até então, eu não tava conseguindo, né. Então, o fato de eu ver que tem tanta gente na mesma situação que eu, me ajudou muito" (Júlia, 49a).

"A gente chega aqui meio assim, meio fora do local. Então, comecei a olhar as pessoas que estavam na mesma situação que eu, mesma fase. Outros que já estavam andando de muletas. Outro caminhando só com a prótese (...) Eu comecei a ver aquilo e tomei uma injeção de ânimo, sabe. O grupo de apoio é uma troca de informações que não precisa ser falado, basta a gente olhar....É um bálsamo pra gente, um alívio tremendo" (Roberto, 70a).

"A gente vê os outros, então, se conforma. Os outros até dizem: Ah! Mas o teu não é nada. O meu é a perna toda! Então, a gente vai aceitando, né! (Volnei, 63a).

Não conformado de perder minha perna, venho aqui e vejo um que perdeu as duas, né. A gente se conforma com tudo. Eu já me conformei com tudo que vem, né! (André, 82a).

"Eu fui vendo outras pessoas que tinham situações piores...Como é que conseguiam, né? Levar uma vida digna...Ser um ser humano apesar de tudo.. Eu fui me acostumando com aquilo....Eu não olhava mais para o problema, quando eu conversava com as pessoas...Eu não olhava se a pessoa caminhava estranho...Eu via era a pessoa na minha frente" (Guilherme, 36a).

Na contemporaneidade passamos a conviver com o que chamamos de biossociabilidade, ou seja, são formas de sociabilidades surgidas da interação do capital com as biotecnologias e a medicina. Ela vem a ser uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, tais como os de idosos, de emagrecimento, entre outros, que não seguem os critérios de

agrupamentos tradicionais como raça, classe ou orientação política, como ocorria na biopolítica clássica, mas que seguem critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, onde os novos critérios de agrupamento passam a ser os biosociais e biomédicos (ORTEGA, 2002). Portanto, o surgimento dos grupos de apoio aos amputados segue o critério dessa nova forma de sociabilidade, ou seja, independente do sexo, raça, idade, o que identifica o grupo vem a ser o fato de todos os participantes serem indivíduos amputados.

As ações empreendidas por esses grupos passam, dessa forma, a enfatizar procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos, os quais irão integrar-se na construção das identidades pessoais, isto é, das "bio-identidades". Trata-se, assim, de um indivíduo que aprenderá novamente a se autocontrolar, autovigiar e autogovernar, cuidando do corpo e da sua vida. A principal característica desses grupos vem a ser a troca do conceito de doença pelo de deficiência, ou seja, eles passam a se referir ao *déficit* como algo a ser compensado socialmente e não como doença a ser tratada. A organização desses grupos pode ser traduzida como uma reação à ideologia que menospreza e estigmatiza a velhice, a doença e a deformação física, numa tentativa de resistir a essa imposição ideológica vigente em nossa sociedade ocidental (ORTEGA, 2002).

No grupo de apoio aos amputados, a questão do sofrimento, em diferentes medidas, e de forma dessemelhante aproximou os participantes e os envolveu também, sendo que esses vínculos estabelecidos mostraram-se decisivos no processo de (re)significação dos seus corpos amputados. Na medida em que o reconhecimento do indivíduo passa pelo Outro, através da negociação constitutiva da própria vida, ele vai e volta, exige e cede, dá e recebe, no espaço intervalar dos entre-lugares. Os indivíduos, então, em suas desditas e encontros, permitem-se

desenraizar-se sem que ocorra uma total desidentificação (SCHÄFFER, 1999; NETO, 2002). Nesse processo de (re)nascido num corpo estranho, amputado, o indivíduo não está sozinho, pois diante do olhar do Outro, torna-se "outro" tanto para si mesmo como para o "Outro", pois já não pode mais ser o mesmo num corpo que deixou de ser o "seu".

Assim, buscar assistência numa clínica destinada especificamente para o tratamento de amputados, significa buscar um local onde o indivíduo sinta-se compreendido, acolhido e incluído. Suas marcas corporais, que em outros locais são interpretadas como sendo sinal de (im)perfeição, na clínica, passam a ser vistas como uma característica de pertencimento e de identidade. Tanto as reuniões mensais do grupo de apoio aos amputados, como a fisioterapia, constituem-se como "ritos de passagem", pelos quais alguns dos participantes da pesquisa já tinham passado e outros ainda estavam vivenciando. Exercitando seus corpos, falando de suas dificuldades e de seus ganhos, olhando para os corpos dos outros pacientes, compartilhando suas histórias, preparando-se para a protetização, ou seja, toda essa gama de experiências corporais auxiliaram no processo de familiarização de seus corpos amputados. Permitiram, portanto, aprender novamente a decifrar seus códigos corporais, subjetivá-los a partir do encontro com outros corpos, os quais apresentavam marcas semelhantes, enfim, tornar o corpo "estranho" em conhecido.

Mediante o Outro a experiência de si é possível, onde o Outro é absolutamente Outro, sendo possível encontrá-lo na sua alteridade e de acolhê-lo em sua absoluta estranheza. Esse Outro vem de fora, onde seu apelo a mim constitui sua verdade. O fato de compartilharmos práticas culturais, de comunicação, de si com Outros, constitui o contexto intersubjetivo como uma base comum que possibilita o encontro do Outro. O indivíduo, assim, recebe sua identidade

de fora, isto é, a exterioridade ou a alteridade serão constitutivas da subjetividade humana. Segundo a ótica foucaultiana, o vínculo intersubjetivo se faz necessário, pois sem a presença do Outro não se pode produzir nenhum auto-relacionamento satisfatório. Portanto, o Outro é indispensável na cultura de si, ou seja, o indivíduo que deseja cuidar de si precisa da presença de um Outro que o ajude na sua autoconstituição. Para Foucault, então, o Outro está sempre presente na origem da constituição estética de si, na figura do mestre, guia, professor, diretor de consciência ou amigo. Dessa forma, o encontro do Outro produz uma prova transformadora de si, ao invés de uma apropriação simplificadora do Outro com o fim da comunicação (ORTEGA, 1999).

Talvez, em nossa luta cotidiana com o sentido do tempo, do mundo, da vida e do que somos seja aquilo que nos permite dispor de identidades e diferenças tão errantes quantos incertas, existindo de formas tão efêmeras quanto perseverantes, bem como viver dia a dia nesse eterno vai-vém entre o medo e a morte, e a morte e o amor à vida, entre a necessidade de que o Outro seja como nós e o desejo de ser-Outro do Outro. Se na história contemporânea prevaleceu a luta pelo respeito ao outro-distinto, uma conquista nunca totalmente conseguida, na atualidade o desafio inclui e ultrapassa essa aceitação do diverso. Já não é a tolerância com esse outro que está em jogo, mas principalmente a opção de auto-criação própria na interação com este outro. Passamos, então, do velho tema do respeito para a aventura de nos olharmos a partir dos olhos do outro. Sendo assim, entrar nesse olhar do outro me faz ser outro em relação a mim mesmo (HOPENHAYN, 2001; PLACER, 2001).

Portanto, para os participantes da pesquisa, compartilhar sua história com o Outro, pode criar condições para a (re)construção de suas trajetórias de vida, deixando de ser apenas um corpo

em falta, incompleto e ineficiente, para (re)nascer num corpo híbrido, meio humano, meio máquina. A reconstituição de seus corpos, a familiarização com um "corpo estranho" colado aos seus, ou seja, as próteses acopladas em seus "cotos" como prolongamentos de si, será a temática a ser abordada no próximo e último capítulo dessa dissertação.

3.5 O corpo e suas próteses: produzindo novas formas de ser

*O homem não é somente um produtor de artefatos,
ele é em si mesmo um artifício.
(BOURG, 1996, p.152)*

O mundo técnico vem a ser uma construção na qual o ser humano está compreendido, onde ele se encontra consigo mesmo, tanto no papel de inventor científico, como no de obra técnica. Como afirma Edvaldo Couto (2003), o ser humano inventou a técnica e por ela passou a ser inventado, isso significa dizer que o humano desprovido de artefatos nos é desconhecido e que, portanto, a artificialidade está presente desde a formação das primeiras sociedades. Por esta razão, querer separar o natural do artificial, o ser humano da técnica, não faz nenhum sentido, pois a formação do ser humano e da técnica se constitui num processo simbiótico. Dotado de um caráter inacabado, em processualidade, o corpo humano permitiu que as tecnologias o invadissem, investindo-o, prolongando sua vida, sua funcionalidade e embelezando-o, o que somente a sua natureza biológica não poderia garantir.

No transcorrer dos tempos, o ser humano encarregou-se de impor suas marcas em todos os cantos do planeta através da fabricação das primeiras ferramentas, das pinturas rupestres, dos rituais fúnebres, dos instrumentos musicais, entre outras produções, bem como na sua própria

configuração corporal e subjetiva, operando múltiplas transformações de enorme importância e conseqüências incomensuráveis. "Com o enriquecimento de seus saberes e a audácia de suas experiências práticas, de seus discursos e suas propostas, a atividade humana acabou vencendo o lento e inexorável acionar da natureza" (SIBILIA, 2002, P.134).

Desta forma, se buscarmos indícios da relação estabelecida entre o ser humano e a técnica, podemos por exemplo, retroceder na história até a Grécia Antiga, onde nos deparamos com o mito de Hefesto, considerado o deus grego da metalurgia. A técnica, portanto, traz consigo uma mudança na relação estabelecida entre o ser humano e os instrumentos, os quais servirão para o domínio e construção do seu meio e, conseqüentemente, a efetiva transformação do próprio corpo. Hefesto, então, representa um dos primeiros relatos da íntima relação física entre o corpo e as produções técnicas, relação esta que instituiu o uso das próteses, ou seja, a técnica vem adicionar ou amplificar o corpo do ser humano (MOREIRA, 2002).

O ser humano não gera apenas o utensílio, ele também mostra que seu corpo é suscetível de ser tecnicamente transformado, como nos mostram práticas antigas e modernas, tais como: a escarificação e a trepanação craniana há muito praticadas em diferentes culturas. Esses exemplos permitem compreender que as ações técnicas empreendidas pelos indivíduos sobre seus corpos, passam a ter como objetivo primordial a procura de uma maior eficácia. Portanto, a oposição entre o ser humano e a natureza desapareceu em benefício das capacidades sociais e técnicas da humanidade (BOURG, 1996).

Nesse sentido, é impossível falar do corpo sem mencionar as tecnologias que dele se ocuparam no decorrer de sua história. Imbuídas do propósito de protegê-lo de doenças, corrigir

suas malformações, melhorar sua performance, sua saúde e sua estética, acoplaram-se a ele, invadiram seu território biológico, tanto externo como interno, assumindo múltiplas formas e funções. As armaduras medievais, por exemplo, funcionavam como um arcabouço corpóreo, uma segunda pele resistente que protegia o corpo humano de possíveis ferimentos nas guerras. Na atualidade, podemos citar como exemplo, as vacinas que apesar de serem invisíveis, pois atuam na interioridade corporal, também o protegem de possíveis danos e doenças, provocando mudanças sutis não perceptíveis em sua exterioridade como as armaduras. Apesar de serem tecnologias situadas em períodos históricos diferenciados, ambas operaram transformações no corpo humano, na busca de uma maior eficácia.

As tecnologias invadiram o corpo, acoplando-se a ele como as próteses, ou invadindo-o em sua interioridade como as nanotecnologias. Apesar desses aparatos técnicos atuarem de forma diferenciada, eles têm como função suprir uma deficiência, substituir uma falha, corrigir um desvio ou aumentar sua performance. Independentemente de serem externas e visíveis, ou internas e invisíveis esses aparatos apresentam uma característica em comum que é a de serem objetos "estranhos" ao corpo humano, ao indivíduo e sua vida e que, por esta razão precisam ser subjetivados, incorporados, tornados familiar, num processo de íntima convivência entre o humano e a máquina (COUTO, 2000; VIRILIO, 1996).

Os conhecimentos produzidos pela medicina sobre o corpo humano e as evoluções biotecnológicas, propuseram-se tanto a acrescentar algo ao corpo, quanto a extirpar os seus excessos, como uma maneira de aumentar sua performance. Na atualidade, conforme afirma Paula Sibilía (2002), são criados inúmeros materiais inéditos, híbridos de ambos os mundos orgânicos e não-orgânicos, representados pelos microchips com componentes orgânicos e pelos

implantes biônicos. Estes últimos, por exemplo, apresentam-se como capazes de devolver a visão aos cegos e a possibilidade de andar aos indivíduos paraplégicos, a partir do implante cirúrgico de microprocessadores nos cérebros dos pacientes e outros dispositivos teleinformáticos ligados aos nervos, aos músculos ou a órgãos específicos. Soluções semelhantes a essas estão sendo testadas no tratamento de doenças como a epilepsia e os males de Parkinson e Alzheimer, bem como em distúrbios comportamentais como a obsessão compulsiva, a síndrome do pânico e a depressão.

Na atualidade, as máquinas estão cada vez mais presentes na vida das pessoas através de próteses de toda natureza, sensores, lentes de contato, dentes artificiais, silicone, implantes auditivos, marcapasso, pinos, parafusos e ossos de titânio, estimulantes químicos, entre outros. Todos esses artefatos nos revelam que este é o momento da realização do sonho futuro, ou seja, o de que o corpo animal do ser humano seja alimentado pelas tecnologias. Desta forma, "o corpo tornou-se o lugar privilegiado das técnicas e o destino certo das máquinas" (COUTO, 2001, p.87).

Dentre os inúmeros procedimentos técnicos que operam transformações no corpo humano, farei referência à cirurgia de amputação, pois foi essa intervenção que ocasionou a transformação nos corpos dos participantes da pesquisa. Essa cirurgia tem como principal objetivo extirpar o segmento corporal lesado, como por exemplo, um braço ou uma perna, na busca de uma melhor saúde para o indivíduo. Em contrapartida, o corpo incompleto precisa tornar-se novamente eficiente, ou seja, o membro em falta precisa ser substituído para que o indivíduo possa superar suas limitações físicas, (re)conquistando sua funcionalidade. Portanto, o indivíduo necessitará incorporar a sua vida diária aparatos técnicos, que funcionarão como

prolongamentos do seu corpo, como por exemplo: as próteses de membro inferior ou superior, a cadeiras de rodas, as muletas ou os andadores.

Podemos, desta forma, traçar uma história paralela entre o corpo amputado, visto como algo deficitário, e a busca incessante de aperfeiçoá-lo e torná-lo mais eficiente através da "invenção" dos objetos técnicos, ou porque não dizer, da criação das próteses. O material com o qual foram sendo construídas no decorrer dos tempos variaram consideravelmente, passando de modelos rudimentares feitos de madeira, que tentavam reproduzir as funções do membro extirpado de forma extremamente limitada, até chegarmos à contemporaneidade, onde os modelos são múltiplos, tais como os confeccionados com fibra de carbono, as mioelétricas, entre outros, cuja eficiência de alguns modelos equiparam-se a do membro amputado.

O termo "prótese" tem sua origem no grego *prósthesis*, que significa o ato de adicionar, acrescentar, colocar sobre ou por junto de. Gramaticalmente, em português, designa a transformação de uma palavra através da adição de uma sílaba ou letra. Seu uso, no entanto, foi difundido no campo médico e ortopédico, bem como na engenharia biomédica, como designação dos objetos ou máquinas que suprimem as alterações funcionais ou orgânicas. Em linguagem corrente, "prótese" tem um sentido literal que se refere à complementação do esquema corporal, ou seja, ela pode ser entendida como um complemento artificial do corpo. As próteses, então, retiram sua positividade de uma situação extremamente negativa, elas vêm a ser, assim, um equipamento que tem a função de substituir o segmento ausente, integrando-se ao corpo, passando a ser um prolongamento, uma extensão de sua cartografia (MOREIRA, 2002; SANTOS, 2000).

Uma das primeiras próteses que se tem registro foi a confeccionada em madeira por Hegistratos, para voltar a servir ao exército persa, pois ao ser preso e condenado à morte em 484 a.C., escapou da prisão cortando seu próprio pé que encontrava-se preso a correntes. Uma outra prótese para perna encontrada em 1858, construída em ferro e madeira, acredita-se ter sido fabricada em torno de 300 a.C. No decorrer do século XIV as próteses eram confeccionadas pelos armeiros e ferreiros, como por exemplo a "mão de ferro" que apresentava um polegar rígido, mas permitia flexionar os dedos restantes, por pares, sobre a palma da mão. No século XVI, os "pilões", feitos geralmente de madeira, conhecidos como "pernas de pau", eram praticamente os únicos suportes para o corpo amputado. Tanto Ambroise Paré como Leonardo da Vinci são exemplos de estudiosos que trouxeram contribuições importantes na criação e construção de próteses de membros inferiores e superiores (GONZALEZ, 1976; BOCOLINI, 2000).

Ao abordar o tema da fabricação de próteses ao longo da história, Paula Sibilia (2002) relata os estudos desenvolvidos por Hillel Schwartz, professor da Universidade de San Diego, para os quais a indústria de membros artificiais recebeu um forte impulso logo após a guerra civil dos Estados Unidos no final do século XIX. Nesse período, as próteses eram confeccionadas em madeira ou metal, sendo que a qualidade das peças foi aprimorada consideravelmente durante a Primeira Guerra Mundial, quando foram confeccionados os primeiros modelos mecânicos, com articulações dos membros e a possibilidade de movimentação em sintonia com o resto do corpo. A partir desse período, a ciência ortopédica teria como objetivo primordial a integração completa dos membros artificiais e os movimentos neuromusculares. Porém, somente no decorrer do século XX é que começaram, por exemplo, a ser implementados avanços na união cirúrgica de nervos. Assim, enquanto as próteses clássicas buscavam inspiração na metáfora do robô, a

tecnociência contemporânea tem como meta abandonar o modelo mecânico para assumir a analogia digital e submeter o organismo ao *upgrade* informático.

Atualmente, cerca de 70 companhias biomédicas estão investindo centenas de milhões de dólares na pesquisa de novas técnicas e próteses biônicas. Um dos acontecimentos mais comemorados, até então, foi a criação da primeira mão artificial (prótese informática) pela Universidade de Rutgers, nos Estados Unidos, que permite ao indivíduo utilizar os canais nervosos existentes para controlar cinco dedos protéticos comandados por um computador. A comunicação entre os dispositivos efetua-se por meio de sinais elétricos emitidos pelos músculos e tendões do usuário, permitindo a realização de tarefas complexas como tocar piano e digitar no teclado. Recentemente, também, uma equipe médica americana divulgou uma experiência de implantação de *chips* microscópicos no globo ocular de um homem com problemas na retina, na tentativa de reverter sua cegueira. Do mesmo modo, existem experiências que objetivam restaurar a audição em pacientes surdos, também por meio de próteses biônicas e implantes eletrônicos introjetados no corpo humano (SIBILIA, 2002).

Essas informações permitem observar que os avanços tecnológicos destinados a intervir no corpo humano, foram sendo impulsionados pelo desejo do ser humano de suprir suas deficiências e minimizar suas malformações. Além da confecção das próteses que objetivam substituir um órgão lesado e restituir sua função, na atualidade, uma grande parte dos componentes corporais estão sendo construídos de forma artificial. Sangue em pó, pele artificial, coração de titânio, são somente alguns exemplos de criação de órgãos e tecidos artificiais que se tornaram realidade, cujo sonho começou a ser acalentado no século XVI. A conquista mais recente nesse campo foi noticiada pelo Hospital Karolinska, na Suécia, onde alguns pacientes

foram tratados com sangue em pó, inaugurando portanto, a utilização desse artefato. Ainda se faz necessária a realização de novos testes, mas confirmada a eficácia da invenção, o sangue em pó resolverá tanto o problema de falta de estoque para transfusões, como agilizará os atendimentos nos centros de emergência, pois ele poderá ser usado por pessoas de qualquer tipo sanguíneo (NEIVA, 2003).

Assistimos na contemporaneidade a fusão entre o corpo humano e as novas tecnologias. O corpo torna-se, desta forma, um híbrido, um campo de intervenções artificiais como a cirurgia plástica, a engenharia genética, etc. Michael Jackson, que além das inúmeras plásticas realizadas, também se submeteu a uma despigmentação da pele, ao físico Stephen Hawking, portador de esclerose múltipla e usuário de cadeira de rodas, à vovó com marcapasso, do corpo marcado por *piercings* e tatuagens, ao piloto que interage pelos olhos com o avião, vemos nesses exemplos um mesmo processo em jogo, ou seja, a virtualização e a cyborguização da cultura contemporânea. Em todos momentos da vida quotidiana, a tecnologia está onipresente, colonizando nossos corpos, através de uma íntima relação entre o orgânico e o artificial, construindo-se mutuamente (LEMOS, 2002).

Para Ieda Tucherman (1999), a tecnologia acoplada ao corpo não destitui o seu status de humano. Apropriando-se de outros territórios, misturando-se a eles, ela possibilita, sim, agenciar o humano com o não humano, ou seja, o corpo amputado conectado a uma prótese. Permite, desta forma, que o sujeito que possui um "corpo com ausências" e utiliza uma prótese possa refazer-se a si mesmo, (re)nascendo num corpo diferente, mas ainda seu. Neste sentido, procurei compreender a partir dos depoimentos dos participantes como foi para eles se tornarem usuários de próteses, quais sentimentos afluíram nessa relação íntima estabelecida entre seus corpos e o

objeto técnico, que imagens construíram de si mesmos, como passaram a ser olhados pelos Outros na medida em que se transformaram num misto de humano e inumano.

O trabalho do protesista mostra-se fundamental para todos os indivíduos amputados que acalentam o sonho de poder vir a ser um usuário de prótese. Esse profissional, portanto, assume o papel de ser um "escultor de corpos", pois a partir de suas mãos será construída a prótese e junto com ela surgirá a possibilidade de suprimir a ausência de um órgão perdido. A importância deste trabalho, me foi relatado pelo protesista da clínica onde desenvolvi a pesquisa:

"É um prazer saber que tu faz parte daquilo ali...Tu retoma a vida desse paciente... retoma o dia a dia dele (...).É um trabalho gratificante" (Marcelo, protesista).

Para ele, a confecção da prótese pode ser vista como uma receita de bolo, pois todos os protesistas vão seguir os mesmos passos, porém o diferencial está no molde tirado do coto do paciente, pois será a partir dele que a prótese será moldada e, desta forma, ela assumirá as características pessoais de cada paciente, tornando-se desta forma única e intransferível.

"O grande segredo da prótese está no encaixe. Porque os componentes são iguais para todos...Porque cada um tem uma característica anatômica. O molde tem que ser confeccionado pra aquele, cada um tem o seu molde...e outra coisa também é o alinhamento. Porque tu pode ter um joelho hidráulico, se tu não souber alinhar, tu não tá usando toda função desse equipamento" (Marcelo, protesista).

Apesar dos componentes da prótese utilizados em sua confecção serem iguais, cada equipamento construído assumirá as características de seu usuário, como a altura, o tamanho do pé, a circunferência do coto, se ela será utilizada no lado direito ou esquerdo, entre outras particularidades. Portanto, como afirma *Marcelo*:

"A prótese é pessoal, foi confeccionada..." (Marcelo, protesista).

Portanto, a prótese vem a ser um acessório confeccionado "sob medida", cujo modelo irá depender tanto da disponibilidade econômica do usuário, como dos desejos pessoais de quem vai utilizá-la. *Marcelo* exemplifica falando das solicitações feitas por alguns de seus pacientes:

"Dá pra fazer uma prótese personalizada (...) Mulher vê os tubos¹⁹ ...pra elas é estética, é importantíssimo. O homem não é muito ligado nisso. Mas, mulher, a estética da prótese... Por que meus dedos não são separados? Eu queria usar um chinelinho (...) Mas, os homens, a grande maioria, ... tá aderindo ao tubo... tu dá essa opção da espuma..." (Marcelo, protesista).

Outra característica que *Marcelo* também considerou importante, é o fato da prótese ser também um acessório "provisório", precisando ser atualizada conforme o corpo do usuário for se modificando no transcorrer dos tempos. Pois, de fato, o que muda é o corpo, a prótese não muda, e por esse motivo seus componentes precisam ser reajustados periodicamente.

"A prótese jamais vai ser pra vida inteira. Desde que nascemos, até partir, a característica anatômica vai mudando" (Marcelo, protesista).

De acordo com *Marcelo*, cada prótese que confecciona vem a ser, então, um trabalho único, pois nenhum paciente jamais vai ser igual ao outro.

"Cada um, é cada um...Nunca.....ninguém vai ser igual. Todo dia que tu tá fazendo um molde novo, é uma nova experiência, um novo aprendizado" (Marcelo, protesista).

¹⁹ Quando o protesista fala nos *tubos*, ele está se referindo a parte metálica da prótese, a qual poderá ser revestida com um material que imita a pele humana, ou ser deixada à vista, dependendo da escolha do usuário.

No decorrer de nossa conversa, *Marcelo* foi relatando-me a sua experiência no atendimento de pessoas que realizaram amputação, como elas enfrentavam a adaptação à prótese, e sobretudo, o que pensava sobre todo esse processo de (re)habilitação que compartilhava com seus pacientes.

"Cada um vai ter uma reação. Cada um vai ter uma adaptação ao corpo estranho. A prótese, vamos dizer, a gente faz uma comparação com o dirigir. No começo tu não sabe nem como colocar direito. Aí, depois, tem que virar uma rotina, algo costumeiro, que tu coloque e ande (...) Entra uma questão muito importante, a aceitação. Porque as pessoas podem ter o dinheiro que for pra comprar uma prótese, pra adquirir uma prótese. Se ela não tiver aceitação, ela nunca vai usar essa prótese (...) O seu Pedro falava pra mim: Eu nunca aceitei perder minha perna. Não aceito isso aqui. Pra mim isso aqui é um bicho, um monstro... Só se o paciente não quiser, não há trabalho de reabilitação (...) É uma palavra-chave a aceitação. Se a pessoa se aceita, né, ela anda com o tubo só" (Marcelo, protesista).

Instigada com o seu depoimento, procurei, então, falar diretamente com seus pacientes e ouvir deles suas próprias histórias. Durante a conversa que tive com os participantes, eles relataram quais os motivos que os fizeram desejar tornar-se um usuário de prótese. Para muitos deles, usar uma prótese significou resgatar alguns aspectos de suas vidas que consideravam relevantes, mas que tinham sido impedidos de serem exercidos em consequência da amputação.

"Por isso que eu tô fazendo essa prótese. Porque a gente depender dos outros é horrível... Eu sempre fui independente" (Volnei, 63a).

"Agora eu tô pensando muito, né. Depois que eu botar a prótese, eu vou fazer uma reunião... de todo mundo que frequenta lá minha casa (de religião). E vou falar que, assim, vai voltar tudo como era antes. Todo mundo fala, mas a última palavra é a minha... Tem gente que pensa como eu perdi o pé, eu perdi a autoridade. Não, eu não perdi a autoridade (...) Quando eu botar a prótese,... eu vou comprar umas roupas direitinho pra mim, né. Quando eu amputei o pé, eu peguei minhas sandálias, meus chinelinhos, esses chinelinhos de salto, pra sair, né. E dei tudo para minha irmã... Fiquei sem nada" (Paula, 65a).

"Agora quero botar essa pra ver se, caminho um pouco. Porque a vida tá passando, né. A vida tá passando, oitenta e dois anos, né! E a vida é assim (...) Quero ver se sou feliz botando essa prótese. Caminhar um pouco, né!" (André, 82a).

"Eu queria usar uma prótese....Quando eu amputei a perna, eu pensava: Pô, mas eu nem sei se vou conseguir usar uma prótese! Porque eu via pessoas, ouvia relatos de pessoas que não conseguiram usar uma prótese, que não tinham se adaptado. E eu pensava: Pô! E se eu não me adaptar? Porque fazia sete anos que eu não caminhava...." (Guilherme,36a).

A partir dos seus depoimentos, pude perceber que após a amputação os participantes buscaram na tecnologia a possibilidade de resgatar aquilo que foi extirpado do seu corpo, não sendo somente a materialidade orgânica perdida, mas também o simbólico que foi retirado de sua vida, como por exemplo a "independência", a "autoridade" e a "felicidade". Tornar-se um usuário de prótese permitiu aos participantes resgatar a humanidade, a dignidade, a autonomia, a felicidade, a vaidade, entre outras maneiras de ser, perdidas com a amputação, na medida que com o seu uso foi possível novamente ficar de pé sem o auxílio de muletas, liberar as mãos e utilizá-las com outras finalidades além de servir como apoio, caminhar com autonomia, enfim, retomar algumas das práticas sociais e cotidianas que tinham sido impedidas de serem exercidas ou realizadas devido à amputação. Desta forma, podemos dizer que as limitações foram vistas pelos participantes como sendo algo temporário e que o uso da prótese ofereceu outras possibilidades, talvez um por-vir incerto, mas eles aceitaram o desafio de novamente transformar sua corporalidade e junto com ela construir novas formas de habitá-la.

Conforme Edvaldo Couto (2000), o "corpo nunca é construído de fato, mas um objeto ininterruptamente em elaboração" (p.66). Por esta razão, ter se tornado alguém com um corpo amputado não significa necessariamente ter que permanecer nessa condição de incompletude. O acoplamento do corpo às próteses, nos revela, então, uma das formas possíveis que o indivíduo portador de um corpo amputado tem de (re)elaborar sua corporalidade. Essa tarefa, no entanto, não vem a ser algo fácil, pois o corpo do indivíduo e a prótese, sendo esta um corpo estranho,

terão que "dialogar" e entrar num consenso, isto é, a prótese precisa ser incorporada ao corpo, para tornar-se um prolongamento dele.

Alguns dos participantes descreveram-me o processo de como foi "conhecer" a prótese, pois para a grande maioria esse era um objeto totalmente desconhecido, jamais tocado ou imaginado como algo que um dia iriam necessitar.

"Prótese é uma coisa que não tem músculo, não tem nada no corpo, é totalmente inerte...E aí, a gente tem que aprender a domesticar a prótese, né. Tem que aprender tudo de novo. E eu tive uma certa dificuldade, porque eu não caminhava mais. Meu cérebro já tinha esquecido como é que era caminhar" (Guilherme, 36a).

"Porque uma prótese não substitui uma perna. Até prótese dentária não substitui um dente, entende? Da gente, né" (Juliano, 76a).

"A perna da gente é tudo, né. A prótese tem que botar pra uma defesa...Mas, como a natural nunca é, né! Isso qualquer pessoa sabe que não é natural. É coisa artificial, né. Mas ajuda" (André, 82a).

A reação inicial, nos primeiros contatos com a prótese de membro inferior era o temor diante do desconhecido, do nunca experienciado, pois para a maioria dos participantes ela era um objeto pouco usual, visto eventualmente na televisão, nos jornais, nas revistas, ou seja, sempre encarada como algo distante de si, importante para o Outro que a utilizava, mas que jamais faria parte de suas vidas. Porém, apesar de todas as tecnologias intervindo sobre os corpos para garantir sua saúde, nem sempre elas conseguem prevenir o indivíduo de todos os riscos a que está submetido, e o inesperado acontece, como ocorreu a amputação. Apesar de desejarem usar a prótese, ela era algo totalmente novo e desafiador. Todos os participantes estavam cientes de que jamais seria como a perna "perdida", mas que o seu uso permitiria restituir funções que eles consideravam fundamentais em suas vidas.

As próteses externas podem ser vistas, então, como instrumentos ou acessórios versáteis que são acoplados pelo próprio usuário em seu corpo, com o propósito de solucionar a presença de uma deficiência, ainda que de maneira provisória, podendo também ser dispensadas sempre que desejado for. Ao serem inseridas no cotidiano das pessoas, as próteses passam a ser vistas como sendo "naturais", numa íntima convivência com o indivíduo, necessitando de cuidados, tanto quanto o seu corpo, pois elas requerem substituições freqüentes, ajustes periódicos, acoplagens e desacoplagens. A convivência, cada vez mais próxima e íntima entre o indivíduo e a prótese promove uma maior interação, uma mixagem, onde a pele humana e a superfície sintética da prótese podem chegar a unificar-se (COUTO, 2000).

Essa afirmação levou-me a questionar acerca da experiência de terem colocado pela primeira vez a prótese e terem, enfim, novamente ficado em pé. Alguns relataram-me que foi um momento de extrema felicidade por terem conseguido novamente realizar algo que há muito tempo tinha deixado de ser possível, ou seja, "sentir" os dois pés apoiados no chão, mesmo que um deles ainda não fosse totalmente seu.

"Foi uma felicidade. Não tem descrição...Experimentei e já dei alguns passinhos. Bah! Aquilo foi....Que bom! É uma satisfação que não tem como descrever. Foi agora....semana passada" (Volnei, 63a).

"Eu parei, sabe, de pé...sem precisar me apoiar em nada, com as mãos livres...Isso foi muito bom!!" (Júlia, 49a).

"Ela botou (a fisioterapeuta) e eu fui caminhando prá lá e ela botou o espelho na minha frente, né. Aí eu me olhei, assim, me enxerguei...Bah! Eu tive uma crise de choro. Foi emocionante, emocionante, né. Valeu ficar de pé de novo, né. Bah! Depois de um ano e tanto, não poder ficar de pé, assim, sem tá me agarrando, né" (Paula, 65a).

"O primeiro dia da prótese, ah, foi excelente!...Depois de um longo período, assim, a pessoa se vê caminhando, ou pelo menos de pé novamente, sabe...Quando eu botei, assim, pela

primeira vez, já não tava nem acostumado a ficar de pé, sempre com uma muleta..." (Rogério, 18a).

Para alguns desses participantes, e outros, colocar a prótese foi uma experiência ambígua, indescritível e ao mesmo tempo difícil e, por isso, tida por alguns como sendo uma situação "horrrível" .

"Quando eu coloquei a prótese pela primeira vez, foi uma sensação, assim diferente. Eu disse: Pô! Não é minha perna, mas é uma substituta" (Roberto, 70a).

"Uma sensação diferente. Horrrível! Parecia que pesava 300kg, né." (Juliano, 76a).

"Os primeiros momentos, aí, foi bem difícil, né! Porque é uma coisa que tu não tá acostumado, né. Mas, depois que tu pega o jeito, fica normal, sabe. Agora, tô largando a muleta...Fica bem melhor, né (Rogério, 18a).

"Muito difícil, desconfortável, pesada incômoda. Parece que eu tinha pegado uma coisa, mais pra me atrapalhar do que pra me ajudar. Os primeiros dias foram muito difíceis.." (Júlia, 49a).

Portanto, pude constatar que o processo de protetização significa que um outro corpo entrou em contato com o corpo do indivíduo, que seu limite corporal foi transposto, outro corpo o invadiu. Quando esse fato foi desejado pelo indivíduo, esse toque, esse transpasse, ele se tornou "a primeira das maravilhas". Porém, quando ele não foi plenamente aceito, ou quando ainda era temido, essa experiência tornou-se o "último dos terrores" (OLIVEIRA, 2003).

Por esta razão, eu quis, também, saber dos participantes como foi o processo de adaptação à prótese, como lidaram com mal-estar inicial de colocá-la nas primeiras vezes, sentido por alguns, enfim, como ela foi sendo incorporada em suas vidas.

"A gente tem que se adaptar, né. Tu sabe que aquilo não nasceu com a gente. Quer dizer, uma coisa que tá entrando no corpo da gente. Então, tem que se preparar com aquilo ali. Dali pra diante tem que ser aquilo (...) Mas, o corpo tem que se ajustar à prótese. Principalmente a

cabeça, né. Que é quem leva o corpo (...) Até agora foi bem fácil, a adaptação... À medida que vai indo, a gente vai se adaptando melhor" (Volnei, 63a).

"Nós temos que nos adaptar à prótese e fazer, ... botar ela como parte, realmente, do corpo, né! (...) Já tô me adaptando, né. A gente, né, um corpo estranho no corpo da gente. Esse tubão aqui, de acrílico...Mas estamos indo" (Juliano, 76a).

"Eu acho que nós temos que fazer que a prótese se encaixe com a gente, né. A prótese é um corpo estranho, e ela fica fazendo parte do corpo. Então, a gente tem que trabalhar em harmonia com ela, porque senão não vai parar em pé nunca" (Roberto, 70a).

"O meu corpo tem que se adaptar a ela, é a única solução pra ele, é isso...É claro que eu nunca vou poder deixar de perceber que eu tô usando uma prótese, sabe. Ela pode se tornar bem mais fácil, mas o meu corpo é que vai ter que se adaptar a ela..." (Júlia, 49a).

Para os participantes, de um modo geral, a prótese era vista como algo útil, mas ao mesmo tempo um objeto estranho que estava "entrando em seus corpos". Precisavam, portanto, torná-la familiar, fazer dela uma parte de si. Para muitos dos participantes a adaptação à prótese foi uma experiência paradoxal, permeada de expectativas e receios, alegrias e tristezas, um (re)conhecimento de suas potencialidades, bem como de seus limites físicos, pois o corpo de alguma forma sinalizava que um outro corpo estranho estava tentando acoplar-se a ele e reagia. A adaptação, assim, foi constituída por um duplo desafio, onde eles tiveram que (re)aprender a dominar seus corpos transformados pela amputação, tendo que simultaneamente aprender algo novo, isto é, dominar um "corpo estranho", a prótese, com a qual a partir de então dividiriam sua intimidade.

Alguns participantes, em seus depoimentos, revelaram que a melhor mudança proporcionada pela prótese, foi não mais necessitar da cadeira de rodas em seu dia a dia.

"Deixar a cadeira de rodas e colocar a prótese, caminhar com a prótese, é uma mudança, assim, espetacular! A cadeira de rodas, não gosto nem de olhar para ela" (Roberto, 70a).

"Durante seis anos que eu mantive a perna, eu não caminhava, eu só andava de cadeira de rodas. E agora, depois que eu tenho a prótese, eu eliminei a cadeira de rodas. Tu não imagina como foi bom !!! A sensação de não precisar dessa cadeira, isso foi a coisa mais maravilhosa do mundo, né!" (Júlia, 49a).

"Eu tenho que me adaptar, porque se não adaptar, pode cair de bengala e saltar, andando como um saci, né. Ou andar numa cadeira, te prender numa cadeira" (Juliano, 76a).

Ficar em pé novamente e voltar a caminhar com auxílio da prótese foram as metas almeçadas por todos os participantes da pesquisa. Resgatar a postura "bípede" e a marcha, características da espécie humana, as quais tinham sido perdidas com a amputação, sem necessitar mais de muletas, andadores, nem cadeira de rodas, significou deixar de ser um "impedido", de ser alguém que se locomove sentado, ou pulando num pé só, como um "saci", como disse *Juliano*. Como afirma Helena Katz (2003), a homonização começou com a posição vertical, portanto, para os participantes usuários de prótese, resgatar a possibilidade da verticalidade, da postura bípede, de alguma forma significou também tornar-se novamente "mais humano".

Para Edvaldo Couto (2001), "as máquinas passam a ser artefatos protéticos, componentes íntimos, partes amigáveis de nós mesmos" (p.88). Desta forma, ela passa a ocupar um lugar importante na vida dos participantes, compartilhando com eles momentos íntimos e sociais, atividades rotineiras, eventos especiais, enfim, deixam de ser somente um "objeto estranho", em alguns momentos incômodos, para tornarem-se um "acessório pessoal".

Justamente por terem sido incorporadas à vida cotidiana dos participantes, sua ausência começou a ser sentida por eles como sendo algo desagradável, como se seus corpos

demandassem a sua presença. Seus corpos acostumaram-se, assim, ao contato com a prótese, deixando de percebê-la a todo instante como ocorria no início do processo de adaptação.

"Esquecer, é meio difícil de tu esquecer. Ela sempre vai te incomodar um pouquinho, sabe....Quando eu tô com a prótese, eu tiro ela, eu sinto falta, sabe. Falta alguma coisa, sabe. Então, é como se fosse uma perna normal. Tu sente falta daquilo" (Rogério, 18a)

"Eu tenho momentos que eu nem noto que eu tô com ela. Claro que sentada, não andando (...) Ficar sem ela, é muito ruim. Ela faz muita falta...Porque eu vejo a importância dela pra mim agora..." (Júlia, 49a).

Na medida em que a prótese passou a ser considerada como um prolongamento de seus corpos, alguns dos participantes relataram-me que não se preocupavam em ocultá-la, pois ela também passou a ser uma parte de si mesmo.

"Eu não me importo, sabe...Eu não tenho vergonha de mostrar que eu uso uma prótese...Saio mostrando pra todo mundo, sabe" (Rogério, 18a).

"Eu procuro não esconder, não. Eu acho que faz parte de mim...É como uma pessoa que usa anel, ali, bonito, um óculos, um silicone. Eu sou assim!! Quem convive comigo aprende a me aceitar do jeito que eu sou, e vê que por trás da prótese tem um ser humano" (Guilherme, 36a).

Porém, para outros participantes, a prótese deveria ser algo que passasse despercebido pelo olhar do Outro. Nestes casos, a prótese deveria permanecer oculta, como algo íntimo que não poderia ser revelado para qualquer um. A (im)perfeição corporal deixada pela amputação seria amenizada pela prótese, a qual deveria substituir o segmento ausente e restituir a funcionalidade corporal, sem se desvelar, e quem sabe, tornar possível uma "normalidade" aparente.

"Ainda mais que eu vejo aí o pessoal caminhando bem. Que às vezes a gente nem nota. Se não prestar atenção, nem nota" (Volnei, 63a).

"Saia, não! Saia com prótese, não! É calça comprida. Eu nunca usava, assim, calça comprida. Mas, depois que eu amputei o pé, eu pensei, assim, ó.. Uma calça comprida é melhor" (Paula, 65a).

A mixagem entre o ser humano e a máquina, como no caso do corpo amputado e da prótese de membro inferior, põe em evidência a questão da imagem corporal. Por esta razão, a mesclagem da "carne-técnica" não deve deixar o indivíduo com o visual mecânico. Para algumas pessoas, então, as próteses não devem ser visíveis, para não comprometer a sua aparência (COUTO, 2000). Cada usuário de prótese reage de forma singular diante do olhar do Outro, revelando-se ou ocultando-se, portanto, múltiplas são as formas que cada um utilizou para mudar, atualizar-se, aceitar o desafio tornar-se um Outro de si mesmo. Se o corpo protetizado deve estar ou não desvelado ao olhar do Outro, vem a ser uma opção pessoal, de compartilhar com o Outro o fato de ter se tornado alguém com características corporais diferenciadas, ou de guardar para si o desafio de ter transgredido seus limites físicos e pessoais.

Assim, para *Guilherme*, talvez, o corpo amputado e protetizado venha um dia deixar de ser um objeto de curiosidade do Outro, de ser visto somente como um corpo "artificial", para tornar-se como os outros corpos que circulam ao seu redor, ou seja, "naturalmente" tão artificiais quanto ele o é.

"Acho que o dia em que tiver um monte de cara amputado aí, usando prótese na rua, que são poucos que a gente vê, né. Pô, todo mundo vai encarar com naturalidade" (Guilherme, 36a).

Uma das principais características do corpo, vem a ser o fato dele não se fechar sobre si mesmo, e por esta razão, ele não pode ficar acorrentado às suas limitações. A dinâmica social e tecnológica presentes na vida servem para vencer as barreiras, quebrar recordes, descobrir

potencialidades. Por isto, é preciso esforço e dedicação para superar a si mesmo, ultrapassar obstáculos, acentuar a rentabilidade dos prazeres e promover inusitadas performances. Cada tecnologia que se mescla ao corpo supera determinado modelo físico baseado em certa limitação que foi ultrapassada, adotando novos padrões e modos de ser, adequados às necessidades sociais de cada época. O fim, então, é para o corpo que não muda, que não se atualiza. Aquele que insiste em permanecer igual, torna-se obsoleto, fica à margem, excluído do mundo atual, sem o dinamismo, a força e a vitalidade das próteses ou seja, não é a presença, mas a ausência de próteses que apressa o fim do corpo. Com isso, o hibridismo entre o corpo e a máquina não vem a ser o fim do corpo humano, mas paradoxalmente, uma forma excelente de sua afirmação contemporânea (COUTO, 2000).

Portanto, o indivíduo contemporâneo há muito tempo já deixou de ser visto como algo natural, para ser visto como sendo algo "naturalmente" artificial, ou como diz Donna Haraway (2000), nosso devir é o ciborgue. Para ela o ciborgue vem a ser um híbrido de máquina e organismo, uma criatura de ficção, que mapeia tanto a nossa realidade social como corporal, bem como um recurso imaginativo que pode sugerir frutíferos acoplamentos. Tanto a ficção científica contemporânea, como a medicina moderna estão cheias de ciborgues fabricados, de junções entre organismo e máquina. Desta forma, as fronteiras entre o natural e o artificial foram transgredidas, tornando-se ambíguas, rompendo os limites entre aquilo que se autocria e aquilo que é externamente criado e, como nos afirma a autora, as máquinas inventadas mostram-se perturbadoramente vivas e o ciborgue passa a ser um tipo de eu, ao mesmo tempo pessoal e coletivo, pós-moderno, um eu desmontado e remontado.

Assim sendo, as diferentes distinções que se formam e se fixam no decorrer da Modernidade acabam sendo colocadas em jogo diante da figura perturbadora do ciborgue. O acoplamento de objetos técnicos ao corpo do indivíduo ocasiona uma ruptura das oposições entre algumas distinções, tais como: sujeito-objeto, humano-inumano, natureza-cultura, interioridade-exterioridade, natural-artificial e orgânico-inorgânico, as quais tinham constituído, até então, os fundamentos de nossos modos de sentir, de pensar, de ordenar e de dar sentido à experiência individual ou coletiva. Baseados nessas oposições e nos limites por elas impostos é que a sociedade vinha orientando seu pensamento e ação, considerando-as "naturais". Desta forma, o surgimento do ciborgue problematiza este modo de pensar, o que provoca, muitas vezes, o surgimento de sentimentos como a ansiedade e o desconforto, na medida em que não somente o corpo e suas representações, o corpo e seus limites, o corpo e suas relações com a técnica mostram-se afetados, mas principalmente porque implica uma transformação ontológica que afeta o panorama cultural contemporâneo (SANTOS, 2000).

No decorrer das entrevistas, ficou evidente nos relatos de alguns participantes, a identificação entre a construção de uma imagem de si como uma mixagem entre humano e máquina, em especial, após o uso da prótese.

"Eu achava a prótese uma coisa estranha...Quando eu comecei a colocar a prótese, eu me achava, eu me achava assim meio máquina. Eu tinha a sensação de ser um, um homem meio máquina. Eu me olhava no espelho, olhava aquele negócio metálico ali, e era diferente...Eu tava me sentindo um robô...Mas, depois aquilo já foi fazendo parte de mim, e eu fui me adaptando. E depois eu nem mais percebia que eu tinha prótese" (Guilherme, 36a).

"Eu mexo com as pessoas. Sou um homem biônico. Eu tenho um marcapasso...Ainda tenho um marcapasso. Eu tenho a perna, qualquer dia um olho (...) Tem um netinho meu, ele tem quatro aninhos.' Vôcop, vôcop'. Tem quatro anos.... e já me chama de vôcop" (Juliano, 76a).

Essa referência está ancorada na presença de personagens meio humano, meio máquina em alguns filmes de ficção científica, tais como: o *RoboCop*, uma ficção científica dos anos 80, e o seriado de televisão dos anos 70, *O Homem de Seis Milhões de Dólares*. Esses personagens, porém, saíram das telas do cinema e começaram a fazer parte da "vida real", impulsionados pela tecnociência que há bastante tempo busca desenvolver equipamentos que tenham a capacidade de substituir ou completar órgãos humanos, sendo que a medicina está tornando real a fantasia do híbrido "homem-máquina". Para Cristina Ramalho (s/d), a tendência é a confecção de máquinas que não somente copiarão os movimentos humanos, como procurarão melhorá-los. Como afirma um professor de história do Massachusetts Institute of Technology (MIT), o futuro da espécie humana está cada vez mais associado às máquinas. Os avanços tecnológicos na confecção de próteses têm permitido a construção de "membros artificiais" cada vez mais eficientes, como por exemplo a empresa americana Flex-Foot que confecciona pés de fibra de carbono, no qual a energia emitida por um passo é captada para dar impulso a outro passo. Existem, também, próteses de mão tão elaboradas que se o usuário estiver segurando um copo de bebida e ele transbordar, um sensor no polegar detecta o problema e aciona um motor para mudar de posição. Outra empresa americana, a NovaCare, está desenvolvendo pernas mecânicas que possuem uma meia flexível com sulcos e trilhas para se encaixarem por sucção ao coto do usuário, tendo uma meia que "imita" a pele natural. Já existem, também, joelhos hidráulicos capazes de acompanhar o ritmo do passo, graças a *microchips* que comandam o sistema, fazendo até 50 ajustes por segundo. E a empresa alemã Otto Bock, que criou um tipo de "mão" artificial com um sensor que percebe quando os objetos estão escorregando, agarrando-os automaticamente.

As grandes transformações que vêm sofrendo os objetos técnicos destinados ao corpo humano desde as duas ou três últimas décadas do século XX, faz com que eles sejam cada vez

mais aprimorados para se tornarem imperceptíveis, em vista de não afetar a estética do ser humano. Cada vez mais, então, o visual, o *design* dos objetos, procura acompanhar a moda e o que está em voga na sociedade em termos estéticos. Portanto, a idéia de utilidade e funcionalidade do objeto sem interação com a superfície corporal humana tem sido abandonada e ultrapassada, onde a robotização perde espaço para a ciborguização, pois não é mais possível distinguir onde termina o homem e onde começa a máquina (BONI, s/d).

As próteses passaram a ser os novos órgãos que garantem o desempenho corporal dos participantes desta pesquisa. Ao mesmo tempo que tem a função de substituir o segmento corporal extirpado pela amputação e aumentar a eficiência corporal, elas acabam transformando a imagem corporal que os participantes têm de si. Produzem novas formas de ver a si, como eles mesmos se denominaram "homem biônico", "homem meio máquina", enfim, acoplados à prótese experienciam uma nova situação de vida, como essa proporcionada pela intimidade com uma máquina, como os ciborgues vistos antes somente na ficção científica, e que hoje fazem parte da sociedade como mais uma forma plural do indivíduo se fazer presente.

Porém, ao mesmo tempo que os participantes incorporaram a prótese em suas vidas, transformando-as em prolongamentos de si, eles mantiveram a consciência de que o ser humano que estava acoplado à máquina é quem a fazia "viver", pois sem seu corpo, seus desejos, a prótese jamais deixaria de ser um objeto inanimado.

"O componente não anda sozinho. São todos iguais. Tem na Alemanha,...que é o que a gente usa, tem nos EUA, em qualquer lugar. Ele não anda sozinho" (Marcelo, protesista).

"Eu sempre digo que a prótese é importante, mas mais importante é o ser humano que tá em cima da prótese. A prótese é só um objeto, é um apoio. Se não tiver a prótese, o ser humano vai viver também" (Guilherme, 36a).

Neste sentido, tornar-se um ciborgue não significa uma síntese do ser humano com a máquina, do natural com o artificial. Viver como um ciborgue significa, então, uma coexistência, ou uma interação entre elementos até então considerados incompatíveis. Desta forma, a máquina vem a ser mais um aspecto que compõe o corpo e este vem a ser expandido de forma exógena, passando a funcionar de forma inconsciente como um sistema integrado. Podemos, desta forma, nos tornar responsáveis por elas, mas elas jamais nos dominam ou ameaçam, porque somos "nós" os responsáveis pelas fronteiras, isto é, nós somos essas fronteiras (HARAWAY, 2000; COUTO, 2001; DUQUE, 2003).

Ao analisar as entrevistas que realizei com os participantes dessa investigação, compreendi que eles não se conformaram com o ocorrido nos seus corpos e vida que o destino lhes causou, não aceitando, então, um modo de viver limitado pela incompletude corporal. Como afirma Ieda Tucherman (1999), eles superaram a limitação funcional imposta pela amputação, excluindo-se da definição de impossibilidade de movimento, fugindo de uma identidade constituída e fixada na (de)ficência. Articulando-se com territórios de outra natureza, eles acabaram produzindo a partir de sua (im)perfeição, de sua incompletude formas variáveis de presença corporal, móveis e mutantes, (re)fazendo-se a si mesmo, tendo como sua principal aliada a tecnologia.

REFLEXÕES FINAIS

Apesar desta ser a parte final da minha trajetória investigativa, não posso afirmar que a conluo ou que cheguei ao fim da minha caminhada, pois acredito que a escrita desta dissertação reflete somente uma parte desse processo que é narrar a vida do Outro, falar de suas particularidades, peculiaridades e vicissitudes. Outros caminhos ainda estão por-vir, outras trajetórias serão percorridas pelos leitores desta dissertação, onde cada um produzirá sua própria história, se deixará ser capturado por alguns pontos de encontro e se permitirá recuar ou refutar em momentos de divergência. Por esta razão, não é possível dizer que esta é a verdade, ou a história real, mas que o estudo que desenvolvi revela o meu olhar, e que tudo que escrevi e interpretei é somente uma das formas possíveis de representar as transformações ocorridas nos corpos e na vida cotidiana daqueles que se submeteram a uma amputação e que, por isto, se tornaram usuários de prótese.

Estou certa que essa longa jornada constituída de muito estudo, inúmeras reflexões e múltiplos aprendizados, deixou seus rastros em mim, onde ao escrever sobre a vida de cada um dos participantes (re)escrevi um pouco da minha também. Com certeza hoje falo de um lugar diferente daquele que ocupava quando iniciei a caminhada e, ao procurar compreender o processo de "tornar-se", de "transformar-se" do Outro, também compreendi que eu compartilhava inconscientemente dessa processualidade.

Desta forma, nos corpos e na vida de cada um, ficam inscritas as marcas dos "acontecimentos", de tudo que foi ou que está sendo vivenciado e, a partir delas são produzidos

múltiplos significados, que são continuamente (re)atualizados pelas experiências intercambiadas com o Outro, ou seja, os olhares, os afetos, os desencontros, os discursos, entre outras possibilidades de trocas subjetivantes. Neste sentido, os indivíduos que realizaram a amputação de um segmento corporal (re)escrevem sua história, reportando-se a dois momentos distintos de existência, ou seja, antes e depois da amputação. Marcados em suas corporalidades pela ausência de uma parte de si, ressignificaram suas vidas a partir do olhar de si e do Outro, transpondo a limitação física presente, não fixando-se numa posição de impedidos para demandar, para continuar vivendo.

Como afirma Lya Luft (2003), viver é uma permanente (re)invenção de nós mesmos, esse é o poderoso ciclo da existência. Nele "todos os desastres e toda beleza têm significado como fases de um processo" (p.22). Portanto, tanto os ganhos como os danos dependem da perspectiva e das possibilidades de quem vai tecendo a sua história. Isto significa que em sua vida, simbolicamente, o indivíduo morre e nasce infinitas vezes, tendo um só corpo, mas que, por ser moldável, adota múltiplas formas de revelar-se para o Outro, num contínuo devir.

Portanto, na atualidade, o corpo "natural" deixa de ser assumido como um destino, como algo imutável. A tecnologia, invenção do próprio ser humano, surge como algo que rompe com a idéia de "predestinação", possibilitando a cada um fazer suas escolhas e escrever seu próprio destino. O corpo passa a ser fabricado e moldado, não somente pelas vivências do indivíduo, como pelas intervenções de várias ordens que nele se pode operar, como por exemplo o corpo amputado que deixa de ser visto como algo "incompleto", para se tornar um corpo performático ao ser protetizado.

No decorrer deste estudo pude vislumbrar como cada um dos participantes (re)escreveu seu destino, como cada um significou a "morte" de uma parte de seus corpos, bem como conseguiram "renascer" com o auxílio das tecnologias. Assim como muitos dos "ritos de passagem" naturalizados em nossas vidas, eventos que marcam a mudança de um estado biológico ou social, como por exemplo: o nascimento, o casamento, entre outros, entendi que a passagem de um modo de vida "naturalmente" humano, anterior à amputação, para tornarem-se ciborgues ao serem "artificialmente" produzidos pela intervenção técnica, ou seja, a protetização, significou para esses indivíduos um processo de iniciação, um rito de passagem.

Constatai, então, que o espaço da clínica e os serviços oferecidos, como as sessões de fisioterapia, o processo de protetização e as reuniões do grupo de apoio aos amputados, constituíram-se como um "lugar de passagem", um espaço simbólico intermediário que possibilitou aos participantes (re)escreverem seus destinos, deixando de ser vistos somente como portadores de corpos (im)perfeitos, para tornarem-se completos, protetizados, mas ainda humanos.

Portanto, refletir sobre tudo o que vivenciei na clínica junto com os participantes e transformar esses sentimentos em palavras, foi uma árdua tarefa no processo de elaboração desta dissertação, escrita por uma única mão e porta-voz de múltiplas vozes. Ainda que eu jamais venha a contemplar o rosto dos leitores desta dissertação, tenho a consciência de ter compartilhado com eles a minha vivência, e quem sabe até, ter produzido algumas marcas ou deixado alguns rastros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMIRALIAN, Maria Lúcia T. M. **Psicologia do Excepcional**. v.8. São Paulo: EPU, 1986.

ARAÚJO, Hermetes. Apresentação. In: _____. **Tecnociência e cultura: ensaios sobre o tempo presente**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

ARTIGIANI, Giovanna. **A a-tua-ção da Terapia Ocupacional no corpo marcado**. Disponível em: www.to2001.com.br/resumos/GiovannaArtigiani.doc. Acesso em: 22 julho, 2002.

BARBARAS, Renaud. A alma e o cérebro. In: NOVAES, Adauto (org.). **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

BARRENECHEA, Miguel A. Nietzsche e o corpo: para além do materialismo e do idealismo. In: LINS, D.; GADELHA, S. (orgs.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.

BAVCAR, Evgen. O corpo, espelho partido da história. In: NOVAES, Adauto (org.). **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

BERNARDES, Anita.; HOENISCH, Júlio César. Subjetividades e identidades: possibilidades de interlocução da Psicologia Social. In: GUARESCHI, Neuza; BRUSCHI, Michel (orgs.). **Psicologia Social nos Estudos Culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BIRMAN, Joel. Lei, culpa e confissão. In: _____. **Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BOCOLINI, F. **Reabilitação: amputados, amputações, próteses**. São Paulo: Robe Livraria e Editora, 2000.

BONI, Ana Paula. **O corpo e questões técnicas**. Bahia.(s/d). Disponível em: www.facom.ufba.br/acm/anapaula.html . Acesso em: 12 set., 2003.

BOURG, Dominique. **O homem artifício: o sentido da técnica**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARDOSO JR, Hélio R. Foucault e Deleuze em co-participação no plano conceitual. In: RAGO, M. ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CARRANO, Paulo C. R. Desafios do conhecimento de si num mundo com outros. In: FERREIRA, C. A. M. ; THOMPSON, R. (org.). **Imagem e Esquema Corporal**. São Paulo: LOVISE, 2002, p. 129-134.

CAVARELLAS, Luciana B. Psicologia e compromisso social - educação inclusiva: desafios, limites e perspectivas. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, n.20, p. 18-23, 2000.

CECCIM, Ricardo. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

COLI, Jorge. O sonho de Frankenstein. In: NOVAES, Adauto. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

CONSELHO BRASILEIRO DE TELEMEDICINA e TELESSAÚDE. **Reabilitação de amputados de membros inferiores: epidemiologia e apresentação de casos clínicos**. Disponível em: www.cbtmps.org.br/congresso/2003/telefisiatria/casoclinico.htm. Acesso em: 01 fev., 2004.

CORAZZA, Sandra M. Labirintos da Pesquisa, diante dos Ferrolhos. In: COSTA, Marisa V. **Caminhos Investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

COUTO, Edvaldo S. **O Homem Satélite: estética e mutações do corpo na sociedade tecnológica**. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

_____. Corpo, arte e educação na era tecnológica. In: SANTANA, R. (org.). **Reflexões sobre o mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

_____. Estética corporal e protecionismo técnico nas culturas higienista e desportiva. In: GRANDO, J.C. (org.). **A (des)construção do corpo**. Blumenau: Edifurb, 2001.

_____. O zumbido do híbrido: a filosofia ciborgue do corpo. **Margem**. São Paulo: n. 13, jun., 2001.

_____. Corpos modificados: o saudável e o doente na cibercultura. In: LOURO, G. NECKEL, J.; GOELLNER, S. (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

DEL PRIORI, Mary Lucy. A História do Corpo e a Nova História: uma autópsia. **Revista da USP**, São Paulo, n. 23, 1994.

DUARTE, André de Macedo. Foucault à luz de Heidegger: notas sobre o sujeito autônomo e o sujeito constituído. In: RAGO, M. ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

DUSCHATZKY, S.; SKLIAR, C. O nome dos outros. Narrando a alteridade na cultura e na educação. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

DUQUE, Félix. De cyborgs, superhombres y otras exageraciones. In: ECHEVARRIA, Javier et al. **Arte, cuerpo, tecnologia**. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2003.

ESCOSTEGUY, Ana Carolina. Estudos Culturais: uma introdução. In: SILVA, Tomaz T. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

FERREIRA, Eliana L. Contextualização do PPD Física na História da Humanidade. In: **VII Congresso Brasileiro de História da Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**. Gramado, RS: ESEF/UFRGS, 2000.

FRAGA, Alex. B. Corpo em Discurso. In: _____. **Corpo, Identidade e Bom-mocismo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. Anatomias Emergentes e o Bug Muscular. In: SOARES, C. (Org.). **Corpo e História**. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

FERRE, Nuria Pérez L. Identidade, diferença e diversidade: manter viva a pergunta. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FONSECA, Márcio Alves. Normalização e direito. In: BRANCO, G.; PORTOCARRERO, V. (orgs.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

FOUCAULT, Michel. As técnicas de si. In: _____. **Dits et Écrits**. (trad.) Wanderson F. do Nascimento e Karla Neves. Paris: Gallimard, 1994, vol. IV.

_____. Os Corpos Dóceis. In: _____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

_____. Conferência 5. In: _____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Ed., 1999a.

_____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: _____. **História da sexualidade - I a vontade de saber**. RJ: Graal, 1999b.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. (trad) Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. Aula de 22 de janeiro de 1975. In: _____. **Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FREITAS, Giovanina G. **O Esquema Corporal e a Imagem Corporal: a consciência corporal e a corporeidade**. Ijuí, RS: Ed. UNIJUÍ, 1999.

GIACOIA Jr., Oswaldo. Resposta a uma questão: o que pode um corpo? In: LINS, D.; GADELHA, S. (orgs.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.

GIL, José. Pequena Fenomenologia da Monstruosidade. In: _____. **Monstros**. Lisboa: Quetzal Editores, 1994.

_____. O corpo paradoxal. In: LINS, D.; GADELHA, S. (orgs.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.

GOELLNER, Silvana G. Educação e educação física: uma perspectiva de pesquisa. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, n.20, v.2-3, abril-nov.,1999.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

GÓMEZ, Zandra. Corpo, pessoa e ordem social. In: _____. Corpo, educação e natureza. Projeto História: **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC**. São Paulo: EDUC, n. 25, dez., 2002.

GONZALES, Rafael. **Tratado de Rehabilitación Medica**. Barcelona: Editorial Cientifico Medica, 1976.

GUARESCHI, N.; MEDEIROS, P.; BRUSCHI, M. Psicologia social e estudos culturais: rompendo fronteiras na produção do conhecimento. In: GUARESCHI, N.; BRUSCHI, M. (orgs.) **Psicologia social nos estudos culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GUEDES, Marcos. **Histórico das amputações**. Dr. Dráuzio Varella. São Paulo, 2004. Disponível em: www.drauziovarella.com.br. Acesso em: 01 fev., 2004.

HALL, Stuart. Quem precisa da identidade? In: SILVA, Tomaz T. (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

HARAWAY, Donna J. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz T. (trad. e org.). **Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

HASSE, Manuela. O processo de apreensão e de re-criação do mundo. **Pro-posições**. Campinas, SP: Faculdade de Educação, v.14, n.2, maio-ago.2003.

HOPENHAYN, Martín. Estilhaços de utopia. Vontade de poder, vibração transcultural e eterno retorno. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

JACINTO, Marta (trad.). **Freaks: aberrações humanas - a exploração de fenômenos físicos humanos em circo e espetáculos itinerantes**. Coleção Akimitsu Naruyama. Lisboa: Livros e Livros, 2000.

JOHNSON, Richard. O que é, afinal, Estudos Culturais? In: SILVA, Tomaz T. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

KATZ, Helena. A dança, pensamento do corpo. In: NOVAES, Adauto. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

KEHL, Maria Rita. Contra-capa. In: SANT'ANNA, Denise B. **Corpos de Passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

_____. As máquinas falantes. In: NOVAES, Adauto. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

KRISTEVA, Julia. **Estrangeiro para Nós Mesmos**. Rio de Janeiro: ROCCO, 1994.

LAPOUJADE, David. O corpo que não agüenta mais. In: LINS, D.; GADELHA, S. (orgs.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002

LARROSA, Jorge. Dar a palavra. Notas para uma dialógica da transmissão. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs.). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LE BRETON, David. A síndrome de frankenstein. In: SANT'ANNA, D.B. **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

_____. O Corpo-máquina. **Veredas**, Rio de Janeiro, n.63, p. 20-23, março, 2001.

LE MOS, André. **Cibercultura, tecnologia e vida social na cultura contemporânea**. Porto Alegre: Sulina, 2002.

LEVIN, Esteban. O corpo e o Outro. In: _____. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

_____. O Corpo dos deuses: os estigmas do corpo. In: _____. **A Infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LOURO, Guacira L. Pedagogias da sexualidade. In: _____. **O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

LUFT, Lya. **Perdas e ganhos**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MACHADO, Roberto. Introdução. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

MÈLICH, Joan-Carles. A palavra múltipla: por uma educação (po)ética. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MEYER, Dagmar. Educação em saúde e prescrição de "formas de ser e de habitar": uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, Tânia M.G.; FRANCISCO, Deise. **Formas de ser e de habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Ed. da Universidade, UFRGS, 2000.

_____. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G.; NECKEL, J.; GOELLNER, S (orgs). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MONTANARI, Patrícia Martins. **Do limite da deficiência à superação na vida: jovens, portadoras de deficiência física**. São Paulo, 1998. Dissertação (Departamento de Saúde Materno-Infantil), FSP/USP, 1998.

MORAES, Nilson. **Corpo Deficiente - Corpo Diferente: estrangeiros, territorialidades e simulacros**. Rio de Janeiro, abril de 1998. Disponível em: www.nilsonmoraes.pro.br/CorpoDefCorpoDif.doc. Acesso: em 21 jul. 2002.

MOREIRA, Inês. **Próteses e especulações arquitetônicas (ou nós ainda não estamos completos)**. Barcelona, 2004. Disponível em: www.vitruvius.com.br. Acesso em: 23 jan., 2004.

MOURA, Maria Lúcia S. de. Norma, Desvio, Estigma e Excepcionalidade: algumas reflexões sobre a deficiência mental. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Rio de Janeiro, vol.2, n.04, p. 19-27, 1996.

NEGRINE, Airton. Instrumentos de Coleta de Informações na Pesquisa Qualitativa. In: TRIVIÑOS, Augusto e col. **A Pesquisa Qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: ED. Universidade/UFRGS/Sulina, 1999.

NEIVA, Paula. Tudo é verdade: sangue em pó, pele artificial, coração de titânio - a criação de órgãos e tecidos artificiais é muito mais do que um sonho. **Veja**. São Paulo: ed.1828, 12 nov., 2003.

NETO, Aurélio Guerra. Corpo e sofrimento: Buda, Dionísio, Nietzsche. In: LINS, D.; GADELHA, S. (orgs.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.

NOVAES, Adauto. A ciência no corpo. In: _____. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

OLIVEIRA, Luiz Alberto. Biontes, bióides e borgues. In: NOVAES, Adauto (org.). **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

OMOTE, Sadao. Deficiência e Não-deficiência: recortes do mesmo tecido. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Rio de Janeiro, vol.1, n.02, p. 65-71, 1997.

ORTEGA, Francisco. O si mesmo e os outros: intersubjetividade e constituição do sujeito. In: _____. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo. In: RAGO, M. ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PELBART, Peter. Literatura e loucura. In: RAGO, M. ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PINHEIRO, Odette G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000.

PLACER, Fernando G. O outro hoje: uma ausência permanentemente presente. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs.). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

POMBO, Catarina. O corpo da estética: arte e natureza em Gilles Deleuze. In: LINS, D.; GADELHA, S. (orgs.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.

RAMALHO, Cristina. O homem-máquina: braço biônico é a última novidade da ciência na criação de órgãos e membros artificiais. **Amputados Vencedores**. (s/d) Disponível em: www.amputadosvencedores.hpg.ig.com.br (Acessado em: 23 jan.2004).

RIBEIRO, Renato Janine. Novas fronteiras entre natureza e cultura. In: NOVAES, Adauto (org.). **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

RODRIGUES, José Carlos. **O Corpo na História**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina do século XIX. In: GRANDO, J. C. (org.). **A (des)construção do corpo**. Blumenau: Edifurb, 2001.

ROUANET, Sérgio Paulo. O homem-máquina hoje. In: NOVAES, Adauto (org.). **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SACKS, Oliver. **Com uma perna só**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SANT'ANNA, Denise. Corpo e História. In: Núcleo de Estudos e Pesquisa da Subjetividade do Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. **Cadernos de Subjetividade**. V.1, n.01, São Paulo, 1993.

_____. **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

_____. **Corpos de Passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

_____. Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.; VEIGA-NETO (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS, Luís Henrique S. **Um olhar caleidoscópico sobre as representações culturais do corpo**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

_____. Pedagogias do Corpo: representação, identidade e instâncias de produção. In: SILVA, L. H. (org.). **Qual Conhecimento? Qual Currículo?** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SCHÄFFER, Margareth. Subjetividade e enunciação. **Educação & Realidade**. Porto Alegre: v.24, n.1, jan-jun.,1999.

SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SIBILIA, Paula. **O Homem Pós-Orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SILVA, Ana Márcia. **Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade**. Florianópolis, SC: Ed. Autores Associados, 1999.

_____. O corpo do mundo: algumas reflexões acerca da expectativa de corpo atual. In: GRANDO, J. C. (org.). **A (des)construção do corpo**. Blumenau: Edifurb, 2001.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Teoria Cultural e Educação: um vocabulário crítico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. A Produção Social da Identidade e da Diferença. In: _____. **Identidade e Diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais**. Petrópolis, RJ: 2000.

SILVA, Fabiano Moreira. **A protetização no amputado de membro inferior**. <http://centralvale.com.br/r3/materiais/fisioterapia/200310.php> (Acessado em: 07 fev. 2004).

SIMONDON, Gilbert. Sobre a tecno-estética: carta a Jacques Derrida. In: ARAÚJO, Hermetes. **Tecnociência e Cultura: ensaios sobre o tempo presente**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

SOARES, Carmen. O Espetáculo do Corpo: uma leitura de monstros e acrobatas no tempo. In: **VII Congresso Brasileiro de História da Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**. Gramado, RS: ESEF/UFRGS, 2000.

_____. Apresentação. In: _____. **Corpo e História**. Campinas, SP: Ed. Autores Associados, 2001.

_____. Corpo, educação e natureza. Projeto História: **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC**. São Paulo: EDUC, n. 25, dez., 2002.

SOARES, Carmen Lúcia; FRAGA, Alex Branco. Pedagogia dos corpos retos: das morfologias disformes às carnes humanas alinhadas. **Pro-posições**. Campinas, SP: Faculdade de Educação, v.14, n.2, maio-ago.2003.

SOUZA, Nádía G. Representações de Corpo-identidade em Histórias de Vida. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Educação & Realidade**, v.25, n.02, jul/dez. 2000.

SPINK, Mary Jane (org.); MENEGON, Vera. A Pesquisa como Prática Discursiva: superando os horrores metodológicos. In: _____. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TEICH, Daniel; OYAMA, Thaís. Em busca do bebê perfeito: butiques de sêmen, sexo selecionado e escolha de embriões - o Brasil entra na era dos superbebês. **Veja**. São Paulo: 3 nov.1999.

TUCHERMAN, Ieda. **Breve História do Corpo e de seus Monstros**. Lisboa: Veja, Passagens, 1999.

VAZ, Paulo. **Corpo e risco**. Rio de Janeiro, s/d. www.eco.ufrj.br/ciberidea/artigos/corpo/pdf/corporisico.pdf - (Acessado em: julho de 2003)

VAZ, Alexandre F. Corpo, educação e indústria cultural na sociedade contemporânea: notas para reflexão. **Pro-posições**. Campinas, SP: Faculdade de Educação, v.14, n.2, maio-ago.2003.

VEIGA-NETO, Alfredo. Incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. Olhares. In: COSTA, Marisa V. **Caminhos Investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. Coisas do governo. In: RAGO, M. ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

VÍCTORA, Ceres G. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, João Luiz. Anatomias do visível: cinema, corpo e a máquina da ficção científica. In: NOVAES, Adauto. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

VIGARELLO, Georges. Panóplias Corretivas: balizas para uma história. In: SANT'ÁNNA, Denise B. **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

VILELA, Eugénia. Corpos inabitáveis. Errância, filosofia e memória. In: LARROSA, J.; SKLIAR, C. (orgs). **Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

VILLAÇA, Nízia. Fábulas Corporais: entre o espírito e a matéria. In: _____. **Em Nome do Corpo**. Rio de Janeiro: ROCCO, 1998.

VIRILIO, Paul. O Homem super-excitado. In: _____. **A Arte do Motor**. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.

_____. Os motores da história. In: ARAÚJO, H. (org.). **Tecnociência e cultura: ensaios sobre o tempo presente**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

ANEXOS

Termo de Consentimento Informado

A partir da perspectiva teórica dos Estudos Culturais e sócio-histórica do corpo, escolhida como referência para esta pesquisa, entende-se que o corpo humano é construído nas relações sociais e culturais que o indivíduo estabelece em sociedade. E que, portanto, sua materialidade biológica é transformada no decorrer da vida por suas vivências, experiências, práticas sociais, como também por situações imprevisíveis como a amputação.

O estudo investigativo proposto, vinculado ao Programa de Pós-graduação da ESEF, da UFRGS, em Ciências do Movimento Humano, tem como objetivo analisar os *Significados Sócio-culturais Atribuídos ao Corpo Amputado e Protetizado*. Busca-se, neste sentido, compreender como o sujeito vê o seu corpo após a amputação, como é olhado pelo outro, os significados atribuídos à prática corporal realizada na fisioterapia e o processo de adaptação e uso das próteses.

Os dados empíricos serão coletados a partir de entrevistas individuais e observação no grupo de apoio e sessões de fisioterapia. Os colaboradores da pesquisa serão os pacientes e profissionais da clínica onde será desenvolvida a pesquisa, voluntários ao estudo. Não haverá nenhum tipo de intervenção terapêutica com os voluntários e os mesmos não sofrerão nenhum tipo de risco, nem serão coagidos a participar da pesquisa.

Declaro que fui informado quanto aos propósitos da pesquisa e os métodos a serem utilizados, bem como:

- meu nome será preservado e meus dados se manterão em caráter confidencial;
- de que posso ter acesso aos dados coletados a qualquer momento;
- tenho a liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isto traga algum ônus à pesquisa;

A pesquisadora responsável é **Luciana Laureano Paiva**, fisioterapeuta, mestranda do Curso de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, da ESEF, na UFRGS; Fone: 9113-7393; e-mail: lupaiva@terra.com.br

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2003.

Termo de Consentimento Institucional

A partir da perspectiva teórica dos Estudos Culturais e sócio-histórica do corpo, escolhida como referência para esta pesquisa, entende-se que o corpo humano é construído nas relações sociais e culturais que o indivíduo estabelece em sociedade. E que, portanto, sua materialidade biológica é transformada no decorrer da vida por suas vivências, experiências, práticas sociais, como também por situações imprevisíveis como a amputação.

O estudo investigativo proposto, vinculado ao Programa de Pós-graduação da ESEF, da UFRGS, em Ciências do Movimento Humano, tem como objetivo analisar os Significados Sócio-culturais Atribuídos ao Corpo Amputado e Protetizado. Busca-se, neste sentido, compreender como o sujeito vê o seu corpo após a amputação, como é olhado pelo outro, os significados atribuídos à prática corporal realizada na fisioterapia e o processo de adaptação e uso das próteses.

Os dados empíricos serão coletados a partir de entrevistas individuais e observação no grupo de apoio e sessões de fisioterapia. Os colaboradores das entrevistas, serão os pacientes e profissionais da instituição onde será desenvolvida a pesquisa, voluntários ao estudo. Não haverá nenhum tipo de intervenção terapêutica com os pacientes, nem os mesmos sofrerão algum tipo de risco ou coerção para participar do estudo.

Declaro que fui informado quanto aos propósitos da pesquisa e os procedimentos a serem utilizados, bem como:

- os nomes dos pacientes e profissionais serão preservados e os dados coletados se manterão em caráter confidencial;
- de que posso ter acesso aos dados coletados a qualquer momento;
- os colaboradores têm a liberdade de deixar de participar do estudo, sem que isto traga algum ônus para a pesquisa;
- não haverá nenhum custo da instituição com a pesquisa a ser realizada.

A pesquisadora responsável é Luciana Laureano Paiva, fisioterapeuta, mestranda do Curso de Pós- graduação em Ciências do Movimento Humano, da ESEF, UFRGS, Fone: 9113-7393; e-mail: lupaiva@terra.com.br

Nome do responsável da instituição: _____

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2003.

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Significados atribuídos ao corpo
2. Relação entre corpo amputado e vida cotidiana
3. Participação no grupo dos amputados
4. Olhar do Outro x Corpo amputado
5. Processo de protetização